DEI SENI E DELLE FISTOLE IN GENERE

E DELLE

PRINCIPALI MALATTIE

DELLE

VIE LAGRIMALI

COLLE OPERAZIONI CHE LE RAGGUARDANO

DI

ALESSANDRO RIBERI

DOTTORE IN MEDICINA E CHIRURGIA, PROFESSORE DI MEDICINA OPERATIVA ED OSTETRICIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO, CHIRURGO PRIMARIO DELLE GUARDIE DEL CORPO DI SUA MAESTÀ E CHIRURGO DEL VENERANDO SPEDALE MAGGIORE DI S. GIO. BATTISTA.

Vol. I.

TORINO
DALLA TIPOGRAFIA REALE
1832

L'Autore ai suoi Allievi

Allorchè, sette anni addietro, io fui destinato ad insegnare la Medicina Operativa e l'Ostetricia in questa Regia Università, rivolsi subito l'animo a compilare un Trattatello elementare ragguardante le Operazioni chirurgiche. Ma non ebbi così tosto messo mano all'opera che m'avvidi non essere il dire compendioso confacevole alla natura dell'argomento; epperciò mi ritrassi dell'impresa, riconoscendola di poca utilità. E di vero, mi pare la difficile cosa il mettere

d'accordo l'utilità ed il compendio in una materia in cui niun particolare il più minuto è da trascurarsi; in cui la maggiore parte della trattazione è descrittiva; in cui le eccettuazioni e le varietà sono ben sovente più numerose che i principii e le regole; in cui in fine si esaminano quistioni relative ad operazioni sottili e sovente mutabili secondo l'infinità dei casi. Nè può vincere in me l'opinione che le spiegazioni *orali* possano supplire alla brevità; giacchè sempre labile e spesso fallace è la memoria, e fatali sono assai volte le conseguenze di cognizioni non positive e precise applicate a dilicatissime operazioni.

Da queste ed altre ragioni ch'io taccio per brevità apparisce essere in tal sorta di trattazioni cosa vana lo esigere una brevità aforistica cotanto decantata da alcuni Scrittori. L'aforismo è l'espressione concisa d'un fatto costante: può servire di guida in argomenti conosciuti, e non in argomenti ancora controversi. Gli elementi d'una Scienza

di fatto trattati così a sentenze non sono, a mio senno, che più o meno utili rammentatori di lezioni anticipate, ma non sono altrimenti le lezioni stesse le quali o pronunziate o scritte debbono essere abbondanti per modo d'illustrazioni e dimostrazioni da non lasciar nulla a desiderare a chi le riceve e massime a chi s'ammaestra per esse ad intrigate operazioni. In questo caso la brevità, sarei per dire, consiste nella copia stessa, purchè ne ridondi chiarezza ed esattezza d'esposizione. Lo scrittore fa egli medesimo la fatica che incomberebbe al leggitore per penetrare e fecondare i suoi dettati: egli si commenta da sè, va incontro a tutte le obbiezioni, discute tutte le opinioni dalle sue divergenti, e, in vece di esigere una credenza implicita a' suoi dettami, non lascia il leggitore prima che non gli abbia fatto toccare la cosa con mano ed impressa in mente la sua propria persuasione. Libri sì fatti soltanto, per chi non esiti al linguaggio della Scienza, possono supplire

alla versatile impressione dell'insegnamento *orale* e, fino a certo segno, all'intuizione degli oggetti. E tale è appunto il mio scopo in queste trattazioni di essere il più possibilmente completo, sì che quegli Studenti che non possono frequentare la mia Clinica, pure siano in grado di raccoglierne il frutto e darne all'uopo un saggio sufficiente. Ma a questo non è stato contento, Allievi dilettissimi, il mio desiderio del maggior utile vostro: a voler presentarvi più intiera la faccia della scienza io ho divisato di toccare la parte storica e critica d'ogni argomento; e parlando delle malattie esterne che richiedono operazioni chirurgiche e delle conseguenze di queste operazioni, ho giudicato dover insistere sulla connessione che esse hanno colle malattie interne così dette mediche; e finalmente non ho creduto fuor di proposito di confermare i principii discussi in ogni argomento coll'addurre una serie di fatti raccolti nella Clinica Operativa e nella mia Pratica particolare. Le

ragioni di sì fatto ordine di cose sono le seguenti:

1.° La parte storica, oltrechè potrà infiorare di qualche diletto la naturale aridità d'un tecnico insegnamento, serve a provare al giovine Chirurgo che alcune opinioni, pratiche operative, varietà di metodi, ecc. che si vantano come nuove, altro non sono talvolta che l'obblio del passato. Serve pure a persuaderlo che per perfezionare la scienza non conviene demolire la parte dell'edifizio innalzata prima di noi, ma portarvi continuamente una qualche pietra. E di vero, con quale presunzione si potrà sperare in breve vita d'elevare da soli un edifizio che costò tanti secoli d'osservazioni e di studio? Le riflessioni e le combinazioni che hanno stancato tanti sublimi ingegni si offriranno forse tutte schiette ad un uomo di corta vita e distratto da infiniti diversi oggetti? Dicasi del Chirurgo nell'arte sua quello che si direbbe d'un Pittore il quale s'immaginasse di potere arrivare alla

perfezione senza conoscère le opere di Raffaele, di Correggio, di Vowerman? *Nescire quid antea quam natus sis acciderit, id est semper esse puerum.* Cic.

2.° La Chirurgia nella sua marcia trionfale di questi ultimi tempi è stata arricchita di molte invenzioni, fra cui però alcune, tuttochè proclamate con sonore espressioni, sono più ingegnose che utili, nè possono reggere alle prove d'un'imparziale sperienza. Della quale verità mi hanno altamente convinto i ripetuti cimenti a cui da lunghi anni io sono in grado di sottoporre in un grande Spedale pressochè ogni novità avvenuta nell'arte. Per la qual cosa, onde i giovani Chirurghi i quali non hanno la bella sorte d'assistere a così moltiplici prove dell'arte, partecipino tuttavia del frutto della mia sperienza e siano in grado di discernere l'utile immaginario dal reale, il vero dal falso, l'ingegnoso dal solido, io ho giudicato conveniente d'aggiungere alle altre materie una parte critica.

3.° Io non ho trasandato alcun'occasione

di far conoscere le continue relazioni che esistono tra le malattie delle parti esterne e quelle delle parti interne le quali sovente precedono o conseguitano le grandi Operazioni chirurgiche; giacchè niuno è di me più convinto che un Chirurgo operatore, il quale non abbia fatto un profondo studio delle malattie mediche, non può fare un solo passo nella sua carriera senza inciampare in funesti funestissimi errori. E di fatto molte malattie esterne esigenti operazioni chirurgiche sono critiche o sintomatiche di malattie interne. Sonvi altre malattie le quali sovente hanno nel tempo stesso sede nelle parti esterne ed interne, come il scirro, il fungo, l'aneurisma, ecc. Occorrono alcune malattie di dominio medico in cui, allorchè tutti i medici compensi sono stati inutilmente adoperati, un'ardita operazione è la sola ancora di salute, come la laringotomia e la tracheotomia nelle ulcere croniche della cavità della laringe, nelle flogosi della trachea con *pseudomembrane*; la paracentesi nel-

l'empiema; l'estirpazione degli ovarii da incorrigibile vizio organico compresi; il taglio del ventre nell'annodamento degl'intestini o nell'introsuscezione; ecc. Poche sono le gravi lesioni accidentali delle parti esterne o le grandi operazioni chirurgiche che non siano conseguitate da malattie interne, viscerali o mediche: così p. e. frequenti sono l'enteritide dopo l'erniotomia, la meningitide o la meningo-encefalitide dopo il trapano, la pleuritide dopo le varie operazioni che si praticano sul petto, la metritide dopo l'estirpazione dei polipi dell'utero, il taglio del suo collo, un parto artifiziale, ecc. Ora chi non vede che in tutti questi e mille altri simili frangenti il Chirurgo operatore, senza il complesso delle cognizioni medico-chirurgiche, arrecherebbe più danno che utile? Non è questa una verità ormai divenuta popolare?

4.° Persuaso con Zimmermann che il confermare le osservazioni con nuovi fatti equivale spesso ad una nuova scoperta, io

ho divisato di avvalorare ogni argomento con un numero di fatti occorsi nella mia Pratica particolare e nella Clinica operativa, i quali abbraccino, se non tutte, molte fra le varietà del medesimo argomento. Sommano a più di tre mila i casi da dodici anni circa occorsi nella Clinica operativa, i quali furono tutti giorno per giorno minutamente registrati, una parte da me e l'altra, che è di gran lunga maggiore, da voi, discepoli dilettissimi, conforme all'ordinamento clinico che è da sette anni in vigore. Nel riandare questi fatti io mi ricordo e mi ricorderò sempre con dolce soddisfazione dei lunghi trattenimenti che avemmo intorno ai casi più ardui, delle speranze e dei timori che insieme dividemmo al letto degli ammalati, del caritatevole impegno con cui voi compiste il vostro dovere verso gl'infelici affidati alle nostre cure, e del verace vostro amore dell'Arte. I fatti saranno stampati a nome di quelli fra voi che gli hanno compilati e scritti, spogliati però di quelle

circostanziate narrazioni le quali, comechè necessarie per l'integrità del fatto considerato separatamente, non vengono in appoggio d'alcuna regola o massima discussa nel testo. Sarà, per ragione troppo naturale, taciuto il nome non solamente degli ammalati che furono l'oggetto dei fatti desunti dalla mia Pratica particolare, ma anche di quelli che furono curati nella Clinica operativa, ogniqualvolta vergognosa sia stata la causa dei loro malori. Della maggiore parte dei fatti addotti e di quelli che si addurranno fu testimonio, in certo modo, il pubblico, giacchè, lo dirò con Tommasini « una numerosa scuola è parte di pubblico pregevolissima ». In quanto poi alla loro interpretazione saranno giudici i leggitori imparziali.

Da questa preziosa raccolta d'osservazioni appariranno gli utili risultamenti ottenuti nella Clinica operativa dalla cauterizzazione negli ostacoli e flogosi croniche dell'uretra; dalla pratica di Helling nella trichiasi; dalle varie pratiche con cui si stabilisce la pu-

pilla artificiale; dall'apparato di Saunders nelle fratture delle estremità; da un particolare apparato per noi adoperato nelle fratture non consolidate delle medesime estremità; dalla litotrizia; dalla applicazione dell'*atropa belladonna*, dall'introduzione di una candeletta spalmata d'estratto d'oppio del Beaumé nell'uretra, e dalle larghe applicazioni di mignatte nei casi d'ernia strangolata; dalle injezioni forzate d'olio nell'iscuria dipendente da ostacoli dell'uretra; dalla pratica di Kern nell'amputazione dei testicoli; da quella di Kinder Wood e del setone d'un solo filo nell'idrocele; dalla pratica di tagliare lo stafiloma, evitando poi la fusione purulenta dell'occhio; dall'estirpazione del collo dell'utero; dalla riunione immediata nelle amputazioni; dal metodo di Baynton nelle ulcere croniche, specialmente delle estremità; dalla semplicità del medicare; dal protratto metodo antiflogistico negli induramenti scirrosi del seno e dei testicoli; dall'uso dell'iodio nelle affezioni erpetiche e scrofolose; dai pediluvii preparati con

una soluzione di sublimato corrosivo in varie affezioni d'indole celtica; dalle injezioni delle trombe eustachiane ; dall'abbandono d'ogni fasciatura dopo l'operazione del labbro leporino e del cancro delle labbra, e dopo le amputazioni; ecc. ecc.

Ma affinchè la testura del trattato non rimanesse di troppo diradata e la materia non avesse una soverchia estensione per rapporto alla vostra capacità, io ho trattato la parte storica e la critica in modo d'annotazioni, e la parte concernente alle osservazioni cliniche in modo di supplemento. Le annotazioni ed il supplemento non saranno materie da esporsi agli esami.

Convinto come io sono che le speculazioni inaridiscono le scienze, mentre la sola osservazione le feconda, io ho evitato tutte le dispute speculative.

In quanto allo stilo, io ho procurato che esso fosse facile e chiaro, ma senza lisciatura, per ciò che le materie per me trattate appartengono all'operare e non al dire.

In questo libro si tratta dei seni e delle fistole in genere e delle principali malattie delle vie lagrimali colle operazioni che le ragguardano. E qui giovi avvertirvi che, parlando delle malattie dei canaletti escretorii della ghiandola l., dei punti e condotti l., io ho sempre chiamato queste parti col loro nome proprio, laddove ogniqualvolta ho dovuto parlare nel tempo stesso del sacco l. e del canale n., io ho sovente, per modo d'abbreviazione ed a scanso di tautofonia, sostituito a queste voci quella di *vie l.*

Tali sono, Discepoli dilettissimi, l'ordine e la forma con cui io ho tra me e me fermo di trattare successivamente le altre parti concernenti alle operazioni chirurgiche. Unicamente intento alla solida e piena vostra istruzione io non perdonerò a fatica alcuna onde compiere il mio assunto. In ciò però io fo gran conto della vostra cooperazione, e vi esorto quanto so e posso acciocchè continuiate, come avete fin qui praticato, a raccogliere con ardore e con esattezza tutti

i fatti che occorrono e occorreranno nella Clinica operativa. Imperocchè vi sovvenga che i fatti bene interpretati sono la pietra angolare dell'edifizio medico-chirurgico, e ch'essi, comechè aridi, sono però sempre assai pregevoli, anche quando non si vogliano riguardare fuorchè come pezzi di marmo i quali aspettino il genio e lo scalpello d'un Fidia.

DEI SENI E DELLE FISTOLE O DELLE ULCERE SINUOSE E FISTOLOSE IN GENERALE.

§ I. Chiamasi *seno* un'ulcera più o meno profonda, di maggiore o minore ampiezza, di direzione spesso indeterminabile, avente una maggiore estensione sotto la pelle o fra le carni che nella sua apertura, talvolta penetrante in una qualche cavità formata da parti molli o dure, tal altra fornita di varj cuniculi o cavi, e stillante una maggiore o minore quantità di *pus*, ora bianco e spesso; ora seroso e granelloso; ora puro ed ora misto col prodotto d'una naturale funzione d'esalazione, secrezione o escrezione, come lagrime, saliva, bile, fecce, orina, siero, sinovia, ecc.

II. Avvegnachè il *seno* tragga quasi sempre la sua origine sia da quelle cause le quali sono capaci di determinare o favorire l'uscita d'un liquido animale (eccettuato il sangue) dalle sue vie naturali, come sono le ferite d'un qualche condotto o serbatojo escretori, sia da quelle le quali danno luogo ad ascessi più o meno profondi, o mantengono un cronico lavorio pu-

rulento nell'organismo, ciò non ostante, onde progredire con ordine, chiarezza e profitto in quest'argomento, noi ridurremo ai seguenti capi le cose più essenziali a sapersi intorno alle cause le quali sono più particolarmente capaci di determinare, fomentare o aumentare i *seni*.

III. 1.° *Gli ascessi lenti sottocutanei.* Siffatti ascessi, d'origine per lo più scrofolosa, assai comuni nelle grandi Città ove frequenti sono le malattie strumose, se tardi si aprono, distruggono per lo più il tessuto celluloso, assottigliano la pelle, la rendono dopo la loro apertura, incapace d'aderire alle parti sottoposte, spezialmente se questa ha luogo in un punto della loro circonferenza, e sono in conseguenza una frequente causa di *seni sottocutanei* (*1).

IV. 2.° *Un guasto considerevole di tessuto celluloso e la mobilità delle parti.* Rimangono d'ordinario più facilmente *sinuose* le ulcere le quali conseguitano l'apertura spontanea o artifiziale d'un ascesso formatosi fra parti che, oltre all'essere dotate di abbondante tessuto celluloso, eseguiscono molti movimenti, come sono i dintorni dell'ano, il cavo dell'ascella, ecc.; e ciò soprattutto se esso ascesso è accompagnato da un guasto più o meno grande del medesimo tessuto celluloso, e se, essendo l'ammalato macilento, maggiore è lo spazio che risulta fra le parti da sì fatto guasto.

V. 3.° *I corpi stranieri.* Fra le cause che producono e mantengono a lungo i *seni* si debbono spezialmente annoverare i corpi stranieri, quali sono palle di piombo,

---

(*1) Fabrizio Ildano fece già menzione di simili *seni* i quali furono più particolarmente descritti da Malyidès.

minuzzoli di vetro, di legno, di ferro, d'abiti; la punta d'un coltello o d'una spada, rottasi dentro una ferita; chiodi; aghi; spine; schegge ossee affatto distaccate dal corpo dell'osso e necrotiche, ecc. Sono pure da annoverarsi in questa specie alcuni corpi stranieri che si formano nell'interno dell'umana macchina, quali sono alcuni calcoli delle vie delle orine, delle lagrime, della saliva, della bile, ecc., che, agendo alla guisa dei corpi stranieri che penetrano dal di fuori, danno talvolta luogo a *seni*, o si aggiungono ad altre cause per mantenerli.

VI. 4.° *La carie o la necrosi delle ossa, compresi i denti; le varie alterazioni delle cartilagini; la scopertura, la mortificazione e la degenerazione fungosa dei tendini, dei ligamenti, delle aponeurosi e simili.* Sono oltremodo frequenti i *seni* i quali dipendono o sono fomentati da queste cause.

VII. 5.° *Il crepaccio d'un condotto o serbatojo escretori con ispandimento dell'umore ch'essi sono destinati a contenere o trasmettere al di fuori.* Questo crepaccio, frequente causa di *seni*, è ora il risultamento d'un ostacolo meccanico (legatura, pressione fatta da un tumore delle parti vicine, ecc.); ora d'una ferita; ora d'un ostacolo organico o d'un'infiammazione esulcerativa primitiva, generata in alcuni casi da causa esterna ed in altri da causa interna; ora d'una cancrena, come succede talvolta agli intestini nell'ernia strangolata, alla vescica ed all'uretra nei parti laboriosi; ora in fine d'un ascesso o d'un'ulcera corrodente che si formano nei dintorni di quei condotti o serbatoj con successiva soluzione di continuità dei medesimi, e simili.

VIII. 6.° Sono talvolta fomentati i *seni* dal distaccamento d'una membrana mucosa dalle parti contigue per ascesso formatovisi contro, come succede d'osser-

vare in alcuni *seni* dei dintorni dell'ano: tal altra essi occorrono in conseguenza di ascessi acuti o lenti d'una viscera o d'un organo, spezialmente ghiandoloso, come accade soprattutto di vedere nelle persone scrofolose.

IX. 7.° Sono una frequente causa di *seni* le ferite che non si riuniscono per *prima intenzione*, spezialmente quelle che sono irregolari, anguste e profonde; quelle in cui l'entrata ed il tragetto non si corrispondono, e quelle in fine che attaccano molte parti d'organizzazione assai diversa, fra le quali havvene d'ordinario alcuna per cui facilmente diffondesi lungi l'infiammazione inducendo spesso suppurazione o anche distruzione di sostanza e *seni*, come succede talvolta di vedere dopo le amputazioni, l'estirpazione di tumori voluminosi, ecc.

X. 8.° Assumono e ritengono più facilmente la forma *sinuosa* le soluzioni di continuità penetranti in una cavità che forma uno spazio libero, di cui le pareti immobili non possono approssimarsi, nè aderire fra di loro, quali sono le soluzioni di continuità del seno mascellare, dei seni frontali, della laringe, della cavità del timpano o delle cellule mastoidee, della maggior parte delle articolazioni, e, anche, fino a un certo segno, d'un sacco cistico accidentale con pareti dure, come semicartilaginose.

XI. 9.° Si formano talvolta *seni* perchè il Chirurgo lascia restringere l'orifizio esterno d'un ascesso in un tempo in cui sonvi tuttora nel suo fondo ostacoli alla guarigione; o perchè ne ritarda troppo l'apertura; o perchè ne fa troppo rare medicazioni; o perchè ricorre all'uso di dure *taste* o *torunde* le quali impediscono la libera uscita del *pus* che vi si separa: tal altra volta un effetto a un di presso simile è prodotto da un'inconveniente fasciatura fatta sopra un'ulcera,

per cui, impedito il libero sgorgamento del pus, questo s'insinua nelle parti vicine, le irrita, le distende e vi induce tanto più facilmente cuniculi o cavi *sinuosi* quanto più lasso è l'abito del corpo ed abbondante il tessuto cellulоso circondante, come succede alcune volte di vedere dopo l'applicazione del metodo di Baynton, quando s'opera così che l'azione della fasciatura non si estende sulle parti sane circonvicine per qualche tratto tanto superiormente, quanto inferiormente all'ulcera.

XII. 10.° Oltre a queste cause locali dei *seni*, sonvene alcune costituzionali o interne le quali generano e mantengono il cronico lavorio purulento di cui essi sono una conseguenza, o si congiungono con altre cause per mantenerli, come sono i così detti vizj scrofolosi, celtici, erpetici, reumatici, gottosi, alcuni morbi *metastatici*, le condizioni irritative o flogistiche lente, organiche o no, delle principali viscere, specialmente di quelle che sono comprese nella sfera d'azione della vena porta (*2).

XIII. La forma delle ulcere *sinuose* è un ostacolo alla loro guarigione per ciò che il pus stillante dalla loro superficie interna, spesso molto estesa e rimota dall'orifizio per altra parte piccolo, non ha un esito facile e pronto, talchè debbe ogni giorno raccogliersi e soggiornare almeno in parte nell'interna cavità, ove colla sua presenza, alla guisa quasi d'un corpo straniero, ne irrita e ne tiene scostate le pareti impediendone l'unione.

(*2) Da Ippocrate in poi è stata da tutti i migliori Osservatori conosciuta ed ammessa la relazione che vi è fra lo stato delle viscere addominali e le ulcere, *sinuose* o no, delle estremità inferiori e dei dintorni dell'ano.

XIV. In alcuni casi essendo l'interna cavità formata dal semplice allontanamento dei tessuti senza distruzione di sostanza, ed essendovi sufficiente flogosi adesiva, essa presto si stringe e si chiude malgrado la piccolezza del foro esterno, come accade ogni giorno di vedere in molti ascessi, anche vasti, i quali, appena scoppiati o sparati, sono *sinuosi*, eppure guariscono presto, malgrado la piccolezza del loro orifizio.

XV. Se all'opposto l'ascesso o l'ulcera, qualunque siasi, di forma *sinuosa*, non ha quella rapida tendenza all'adesione perchè è poco o niente infiammata: ovvero perchè è affetta da infiammazione speciale non adesiva, spesso dipendente da morbosa causa costituzionale o succedanea d'un altro stato morboso: o perchè qualche parte dell'interna sua superficie non è disposta all'adesione, come quando occorre nell'ulcera *sinuosa* un corpo straniero o una porzione d'osso, di cartilagine, di ligamento, di tendine, d'aponeurosi, denudati o guasti; o quando massima è la distruzione del tessuto celluloso, o la cute è alterata ed assottigliata a segno d'essere incapace d'aderire e produrre buone carni; o quando v'è nel fondo del *seno* una membrana mucosa denudata, o esso *seno* comunica con qualche interna cavità la quale forma un vano incapace d'unione, o da cui riceve continuamente qualche umore, come nelle ulcere *sinuose* comunicanti coi condotti o serbatoj escretori o con qualche membrana serosa o sinoviale o con un sacco cistico accidentale o coi seni frontale, mascellare, ecc. Se una o più di queste circostanze hanno luogo, succede ordinariamente che il *seno* si stringa senza chiudersi del tutto, e che la materia la quale scaturisce dal suo fondo e lo percorre fino al foro esterno, lo tenga costantemente aperto in forma di morboso ac-

cidentale canaletto il quale, diventando col tempo quasi sempre insensibile, spesso calloso e duro, e talvolta coperto di cicatrice, acquista il nome di *fistola*, *seno fistoloso* o *ulcera fistolosa*: nome evidentemente dedotto dalla somiglianza che la lunga cavità di questa ha colla cavità d'una canna, o, secondo alcuni, d'un flauto. Laonde chiaro apparisce essere la *fistola* sempre l'effetto d'un *seno*.

XVI. Si considerano nei *seni* e nelle *fistole* un *orifizio*, un *condotto* ed un *fondo*. L'*orifizio* (*apertura*, *foro di scaricamento*, *entrata*, *estremità superficiale*, *bocca*, *imboccatura*, *sbocco*) ora è superiore al *fondo* ed ora inferiore. In alcuni casi v'è un solo *orifizio* ed in altri ve ne son due o più. Esso *orifizio* ora precede il *seno*, ora lo conseguita, secondo le varie summentovate cause che lo generano, ed ha la sua sede quando nella pelle e quando nelle membrane mucose: quindi deriva la naturale divisione delle *ulcere sinuose* e *fistolose* in *interne* ed *esterne* (3).

XVII. Il *fondo* (*estremità interna*, *profonda* o *d'origine*) ora è aperto, ora è cieco. Nel primo caso esso si chiama anche *orifizio interno*, e imbocca nella cavità d'una membrana mucosa appartenente a un condotto o serbatojo escretorii o non escretorii. Nel secondo caso il medesimo fondo termina ora nel tessuto cel-

---

(3) Siccome le *fistole interne* senz'apertura nella cute si sottraggono dal dominio della Chirurgia, eccettuate quelle che s'aprono nell'intestino retto, nella vagina o nella vescica delle orine, delle quali si farà particolare menzione a suo luogo, e quelle che si aprono nella bocca a cui si possono applicare tutti i precetti concernenti alle fistole in genere, così non si farà menzione d'esse più che tanto, e s'intenderanno solamente applicabili alle *fistole* con apertura esterna le cose che si diranno in queste generali considerazioni.

luloso; ora in una viscera o in un organo, principalmente ghiandoloso; ora contro a una membrana mucosa denudata o a una qualche parte destinata all'apparato meccanico della *locomozione* (osso, cartilagine, tendine, ligamento, aponeurosi); ora dentro la cavità d'una membrana serosa (peritoneo, pleura, vaginale, camera anteriore dell'occhio, ecc.), o dentro quella d'una capsula sinoviale (capsule dei tendini o delle articolazioni); ed ora in fine dentro un accidentale sacco cistico.

XVIII. Il *condotto* (*canale o dutto sinuoso o fistoloso, parte media o tragitto del seno o della fistola*) è ora lungo, ora corto; ora largo, ora stretto; ora retto, ora flessuoso; ora eguale per la sua lunghezza, ora disuguale; quando scorre fra tessuti poco importanti, e quando passa accanto o sotto o sopra tessuti molto essenziali (nervi, vasi cospicui, ecc.). In alcuni casi risulta dal semplice allontanamento dei tessuti, ed in altri è l'effetto di questo allontanamento e d'una maggiore o minore distruzione di sostanza. Finalmente è talvolta unico, e tal altra diviso in due o più ramificazioni, secondochè è prodotto dalla ferita d'un condotto o serbatojo escretorii o da uno spontaneo lavorio purulento. Nel primo caso esso è comunemente unico, perchè il liquido che scorre pel canale ferito esce d'ordinario per la sola via fatta dallo strumento *vulnerante*. Nel secondo caso poi, se l'ascesso è vicino alle parti esterne del corpo così che il *condotto* accidentale vi penetri direttamente addentro, esso è ancora d'ordinario unico, e non ha a un tempo una lunghezza maggiore della spessezza delle pareti dell'ascesso: ma, se all'opposto profondo è l'ascesso, succede per lo più che la

flogosi la quale precede ed accompagna il lavorio purulento, ed il pus stesso prendano nell'esternarsi varie vie in grazia della diversa direzione degli strati cellulosi che occorrono nel loro passaggio, e della svariatissima giacitura ed inserzione dei tessuti, principalmente aponeurotici (Osserv. I.), e ne risultino perciò varj tragetti i quali ora si aprono separatamente nella cute, ed ora, riunitisi prima, vi si aprono per un orifizio comune.

XIX. La sopra detta trasformazione (§ XV) del *seno* in *fistola* è preceduta ed accompagnata da alcuni particolari fenomeni e da un lavorio organico (Dupuytren) generatore d'un nuovo tessuto (*4). Questi fenomeni e questo lavorio variano però secondochè corto o lungo è il *tragetto sinuoso*. Semplici sono questi fenomeni quando il *seno* è corto; cioè in tale caso accade d'ordinario che l'infiammazione svanisca per gradi, i margini dell'apertura *sinuosa* s'avvezzino al contatto dell'umore che n'esce, e incalliscano o cicatrizzino senza riunirsi, rimanendovi la medesima apertura e nulla più. Ma all'opposto, quando il *tragetto* è lungo, assai notevoli sono quei fenomeni; vale a dire, succede in tal caso che l'*estremità esterna* o di *scaricamento* del

---

(*4) Alcuni moderni Patologi chiamano *primo periodo* della *fistola* quello stadio della malattia che è compreso tra lo scoppio d'un ascesso o la ferita d'un condotto o serbatojo escretorii, e la trasformazione del *seno* in *fistola*, o in altri termini quello stadio che noi, sull'autorità degli Antichi, crediamo con ragione dovere comprendere col nome di *seno*, sia perchè non tutti i *seni* anche inveterati si terminano in *fistola*, sia, e ciò è di maggior rilievo, perchè diversa è l'efficacia dei mezzi curativi incruenti secondochè essi sono diretti contro a un *seno* o contro a una *fistola*.

seno si restringa, diventi rotonda e si presenti sotto la forma d'un'escrescenza carnosa più o meno rossa, capace d'incallire col tempo o di coprirsi di cicatrice, forata nel centro da un'apertura stretta, sovente invisibile e sempre più angusta del canale di cui forma l'imboccatura; dalla quale apertura stilla una quantità di materia sproporzionata all'apparente sua grandezza. Succede pure che l'*estremità interna* o d'*origine* si restringa anch'essa bel bello senza che le sue pareti aderiscano fra di loro, e si converta in una superficie (della quale si farà presto menzione), identica a quella del condotto di cui rimane però più ampia. Quando quest'ultima *estremità* è aperta in un naturale condotto escretore, s'alza d'ordinario da essa un'escrescenza carnosa capace di diventare col tempo callosa o di coprirsi di cicatrice, la quale rende difficile l'espulsione di un qualche liquido di naturale escrezione, o aumenta gli ostacoli che già preesistevano a questa espulsione.

XX. Frattanto che succedono questi cangiamenti nelle estremità del condotto *sinuoso*, insorge nella sua parte *media* un'infiammazione per lo più forte anzi che no, di cui partecipano i tessuti circonvicini. Questa flogosi, a mano a mano che la parte s'avvezza al contatto dell'umore irritante che la percorre, s'ammansa bel bello senza cessare affatto, e dà luogo ad un particolare lavorio per cui il detto condotto bel bello *s'organizza* (*5) co-

---

(*5) Si ha in ciò un'ulteriore prova che la flogosi in un grado leggero rende più attiva la funzione della nutrizione ed è d'ordinario causa di nuove *organizzazioni* o *sopraorganizzazioni*, laddove in un grado massimo essa suole disturbare così fattamente quella funzione e le organiche azioni le quali ne dipendono che riesce per lo più distruggitrice dell'organismo.

prendosi d'una membrana la quale ha nell'aspetto qualche somiglianza colle membrane mucose, ed offre, ovunque si sviluppi, i medesimi caratteri (*6). Non in tutti i *seni* però s'organizza una simile membrana, ma in alcuni, benchè rari, si sviluppa, in vece di quella, uno strato di carni escrescenti; e ciò succede spezialmente negli individui di cui l'organismo ha una particolare tendenza a generare escrescenze e fungosità.

XXI. Allora quando la malattia è antica e la flogosi del *canale fistoloso* fu ed è poco considerevole, così perfetta riesce la sua organizzazione che talvolta s'incontra pur anche dietro la membrana che lo riveste un involto celluloso pressochè analogo al tessuto celluloso *retro-mucoso*, per cui il medesimo canale si può in alcuni casi distaccare, sebbene con molta difficoltà, dalle parti circondanti. Ma quando il *condotto fistoloso* è compreso da considerevole flogosi cronica o perchè è percorso da umori irritanti, o perchè difficile è lo spurgamento di questi, o per qualunque altro motivo, allora non solo manca l'anzidetto involto celluloso, ma

---

(*6) La membrana coprente le fistole pare sia stata conosciuta da Ippocrate (libro delle fistole), perchè, dopo avere egli insegnato il modo di legare la fistola dell'ano, dice che, all'oggetto di consumarne la *tonaca*, conviene applicarvi per sette giorni il verderame. Se non che alcuni, tra cui Platner, credono che con quella parola *tonaca* Ippocrate abbia voluto designare le callosità della fistola. Comunque sia la cosa, questa tonaca la quale è da molti riputata analoga alle membrane mucose, non ha però con queste alcun'altra analogia fuorchè nell'apparenza, e ne è in realtà diversa tanto perchè differente è la natura dell'umore che separa, quanto ancora perchè è priva d'*epitelion* e di follicoli *mucipari*: la quale cosa ci rende ragione della maggiore disposizione che hanno le pareti delle fistole a riunirsi fra di loro comparativamente alle pareti dei naturali condotti mucosi da flogosi compresi.

il tessuto cellulare e gli organi circondanti soffrono, in grazia della diffusione della flogosi, un induramento bianco, e si convertono in masse più o meno voluminose e dure, le quali sono attraversate dall'*orifizio* o dagli *orifizj fistolosi*. Nel primo caso ancora il *condotto fistoloso* è comunemente poco doloroso anche nell'atto dell'esplorazione, mentre nell'altro caso esso, oltre all'essere più o meno doloroso, va di quando in quando soggetto a risalti flogistici che colla loro diffusione nelle parti circondanti non solo aumentano il testè detto induramento, ma sono una frequente causa di nuovi *meandri* o *tragetti* i quali, partendo dal *condotto* principale a varie altezze, vengono ad aprirsi sul medesimo piano di questo a diversa distanza dall'*orifizio* o dagli *orifizi primitivi*. Finalmente, in grazia della considerevole flogosi cronica spesso ribalzante da cui sono compresi alcuni *condotti fistolosi*, occorre ancora talvolta che si rammolli nel progresso della malattia o si esulceri la membrana da cui sono coperti (la quale, come tutti i tessuti di novella organizzazione, ha poca resistenza vitale) per cicatrizzarsi di nuovo o per coprirsi di carni escrescenti; oppure che si chiudano gli attuali *condotti*, cuniculi o cavi, ed altri se ne formino nelle parti circonvicine.

XXII. Le ulcere *sinuose* o *fistolose* si dividono in *idiopatiche*, *sintomatiche*, *critiche*, *semplici*, *complicate*, *incomplete* e *complete*. Le *idiopatiche* sono prodotte da una causa affatto locale, come sono quelle che conseguitano un ascesso semplice, la ferita d'un canale o serbatojo escretorii, ecc. Le *sintomatiche* sono l'effetto d'un'altra malattia più essenziale, quali sono le ulcere *sinuose* o *fistolose* dei lombi, degli inguini, del perineo, ecc. prodotte e fomentate da un ascesso formatosi

contro alla colonna vertebrale: quelle che dipendono da qualche speciale vizio costituzionale o da un vizio primitivo delle ossa, delle cartilagini, dei ligamenti, ecc. Le *critiche* sono quelle che compariscono con evidente sollievo o colla guarigione d'un'altra malattia essenziale. Diconsi *semplici* quelle in cui tutto il male consiste nello stato *sinuoso* o *fistoloso*, mentre sono sani cosi i tessuti circonvicini come tutto il corpo, o se pure coesiste nel corpo qualch'altro acciacco, non havvi alcuna correlazione fra questo e lo *stato sinuoso* o *fistoloso*. Le *complicate* sono quelle che dipendono o sono accompagnate da corpi stranieri; quelle in cui ha luogo una grande perdita di sostanza d'un *condotto* o *serbatojo* escretorii; e quelle pure in cui occorrono le condizioni testè dette delle *sintomatiche*. Si chiamano *incomplete* o *cieche* quelle di cui il *fondo* è cieco, e *complete* o *aperte* quelle di cui il *fondo* o *estremità interna* imbocca in una naturale cavità vestita da una membrana *mucosa*, e quelle altresì che attraversano un membro dall'una all'altra parte (*7).

XXIII. Si conosce il *seno* e la sua direzione ed ampiezza ai seguenti indizj. Se il *seno* è pieno di materia, e se trovasi immediatamente sotto la cute, si sente una renitenza nella sua circonferenza ed un vano o ondeggiamento nel suo *tragetto*, e la parte in cui esso ha la sua sede è per lo più tesa, più o meno infiam-

---

(*7) Alcuni, distinguendo le *fistole* dalle *ulcere fistolose*, chiamano *ulcere fistolose* le *fistole* che noi diciamo *incomplete*, e danno solamente il nome di *fistole* a quelle di cui l'estremità interna mette capo in una naturale cavità. Noi crediamo essere questa distinzione arbitraria e non l'ammettiamo in queste generalità, perchè identica è l'organizzazione d'entrambe.

mata, talvolta livida. La materia cola spontaneamente o mediante la pressione che qua e là fassi, in una quantità sproporzionata all'apparente ulcera esterna. Questa non si può in verun modo detergere, riempiere e cicatrizzare, ed è generalmente d'un aspetto lurido, o ha i caratteri dell'ulcera scrofolosa o celtica, se la malattia dipende o è fomentata da affezioni di quest'indole. Spesso la cute che forma la parete del *seno* diventa pallida ed edematosa a qualche distanza, ove suole essere il suo *fondo*, e premendovi sopra si vede sgorgare in maggiore copia *pus* dall'*orifizio esterno*. Se si fa qualche injezione, s'insinua dentro nel *seno* tanta quantità di materia che non lascia dubbio esservi un cavo in cui è ricevuta. Si ha spesso una conghiettura dell'estensione e della direzione del *seno*, quando esso è pieno, nel senso di peso, di pressione, di calore, di sobbollimento o di prurito che l'ammalato prova in alcune prossime parti. È talora un indizio della direzione del *seno* la materia dell'injezione la quale penetra più facilmente per certe determinate direzioni, e per quelle ritorna. Un indizio analogo si ritrae altresì dallo spiare ben bene il luogo d'onde scaturisce la materia nell'atto che si fa una pressione sulla parte malata. Dalla conosciuta struttura della parte si potrà ancora conghietturare quale sia la direzione che i tessuti avranno potuto permettere al *seno*. Vedendo dall'*orifizio* del *seno* uscire molti fiocchi di sostanza cellulosa macerata o putrefatta, si potrà anche giudicare del guastamento accaduto nella parte. Vi è fondamento a credere che maggiore sia d'ordinario quel *seno* di cui l'*apertura* è superiore al *fondo*, soprattutto se esso ha la sua sede in parte molto adiposa, se è stato per molto tempo negletto, ancora più se la materia è molto acre ed ir-

ritante. L'esplorazione fatta colla tenta è poi il mezzo il più sicuro per iscoprire l'estensione e la direzione del *seno*. Onde evitare però gli angoli del medesimo o quelli dei cuniculi che vi si potrebbero incontrare, è mestieri ora di far eseguire opportuni movimenti alla medesima tenta, ora di darle piegature secondo il caso diverse, ed ora di variare la posizione della parte. Se il *seno* ha due *aperture*, la tenta penetrerà d'ordinario facilmente dall'una all'altra, o vi si potrà di leggeri far passare la materia dell'injezione: anzi chiudendo in tal caso una delle aperture il liquore injettato produrrà tale pienezza nella parte che si potrà bene giudicare dell' ampiezza, della direzione e talvolta eziandio della figura del *seno*. In alcuni casi chiudendo l'*apertura* del *seno*, quando questa è unica, con una tasta o con un empiastro, e poi evacuando in una volta tutta la marcia raccoltasi tra una medicazione e l'altra, si potrà altresì ben conoscere quale e quanto sia il *seno*, sentendone soprattutto, come già si disse, la pienezza e la renitenza nelle parti vicine. Tanta è talora la profondità del *seno* tra grosse e resistenti parti che non si può conoscere tale pienezza: sente piuttosto l'ammalato profondamente un sordo dolore e peso, ma il Chirurgo può appena sentire col tatto un certo vano profondo di cui può ancora dubitare, ed allora facendo uscire la materia egli dovrà osservare quale sia la parte che compressa ne manda gli ultimi sgorghi.

XXIV. Dalla qualità della materia stillante dal *seno* il Chirurgo viene eziandio in chiaro della natura del male: allora quando p. es. esce *pus* misto con bile, con orina, ecc. non v'è più luogo a dubitare che il *seno* non penetri nella vescichetta del fiele o nella vescica delle orine. Parimente se il *seno* comunica con un ca-

nale o serbatojo escretorii, accade spesso che una materia colorata injettata nel medesimo *seno* sia da quella banda espulso e sveli sì fatta comunicazione.

XXV. Allora quando il *seno* dipende da un corpo straniero, questo si potrà toccare e riconoscere colla tenta, se esso *seno* è retto, e se duro è il corpo straniero. Si conoscerà essere il *seno* complicato da carie dalla materia che vi esce, la quale è d'ordinario saniosa, fetida e tinge talvolta in nero i panni lini della medicazione; e, se la sede della carie e l'apertura del *seno* non sono discoste, e il *condotto sinuoso* è retto, si conoscerà eziandio colla tenta con cui si potrà toccare l'osso alterato, il quale si offre disuguale, rammollato e facile ad essere penetrato dallo stromento.

XXVI. Per ultimo si può talvolta presumere la direzione e la profondità d'un *seno* dai sintomi di lesione viscerale che lo accompagnano: si presumerà p. es. con fondamento che un *seno* della circonferenza del petto comunica coi polmoni se l'ammalato espettora nel tempo stesso marcia, oltrechè il dolore interno che l'infermo prova indica pure che il *seno* penetra in essi.

XXVII. Da molti dei segni sin qui detti si conosce pure la *fistola*, salve alcune varietà le quali appariranno dalla lettura del seguente § in cui si esaminano i caratteri che la distinguono dal *seno*.

XXVIII. Dicesi in generale che il *seno* differisce dalla *fistola* perchè questa è d'ordinario più ristretta del *seno* in tutte le sue parti; perchè, fuori dei ribalzi flogistici, il tragetto ed il fondo della fistola si presentano per lo più, quando essa è superficiale, come una cordicella dura, non infiammata e poco o niente dolorosa; perchè l'umore che n'esce non è purulento come quello che stilla dal *seno*, ma è ora linfatico, ora come mucoso,

salvochè non vi sia framescolato un umore d'una qualche naturale escrezione o secrezione. A ciò si aggiunge essere la *fistola* coperta nel suo *orifizio* e talvolta più o meno addentro da callosità ed in alcuni casi anche da cicatrice: la sua cavità essere dura ed indolente o meno dolorosa al contatto degli stromenti di quella del *seno*, ed essere essa rivestita da una *membrana accidentale* (§ XX) che non v'è nel *seno*. E si sopraggiunge in fine potersi dedurre lo *stato fistoloso* dall'antichità del *seno*. Di tutti questi caratteri per cui la *fistola* va distinta dal *seno*, il più essenziale è però quello che si desume dall'anzidetta *membrana accidentale*, come quella la quale, oltre all'aumentare la naturale difficoltà che le ulcere in questione hanno a chiudersi, scema d'assai l'azione dei mezzi curativi incruenti che si diranno. Se non che in alcune *fistole* manca pure questo carattere. Tutti gli altri caratteri sono vaghi, accidentali e non recano o recano poco divario nella cura, oltrechè molti sono comuni al *seno* ed alla *fistola* (*8).

(*8) La verità delle cose in questo paragrafo esposte meglio apparirà dalle seguenti considerazioni. La sperienza cotidiana dimostra esservi talvolta *seni* ristretti al pari delle *fistole*, anche nei primi tempi della loro formazione: non sempre incontrarsi una durezza a guisa di cordicella sul tragetto della *fistola* superficiale: stillar sovente dalle *fistole* materie non dissimili da quelle che escono solitamente dai *seni* ed all'opposto: non frequenti essere i casi di *condotti fistolosi* coperti di cicatrice: incontrarsi *seni* non *infistoliti*, privi soprattutto della sopraddetta *membrana accidentale*, come ha quasi sempre luogo nelle ulcere *sinuose* delle vie lagrimali, comechè essi siano cronici; epperciò dall'antichità del *seno* derivare la presunzione ma non la certezza della *fistola*: le pareti interne di molte *fistole* essere, come quelle dei *seni*, più o meno dolorose (§ XXI) al contatto ed anche senza il contatto della tenta. In quanto alle callosità

XXIX. Non perciò siccome questi caratteri occorrono quasi sempre in maggiore o minor numero nello stato *fisto-*

---

che gli antichi (Ippocrate, Celso, Paolo Egineta, Aezio, Oribasio, Avicenna, Guido di Cauliaco, Teodorico, Leonardo Hertapalia, Tagaulzio, Mariano Santo, Pareo, Thévenin, Verduc, Clerc, La Charrière, Muralto, ecc.) consideravano come un carattere speciale delle *fistole*, alcuni anzi come causa, e che la maggior parte dei Moderni tengono in conto di circostanza essenziale della malattia, l'osservazione ha dimostrato e dimostra ogni giorno essere d'ordinario un'infiammata durezza quello che tiensi per callosità; esservi *fistole* senza callosità (quali sono la maggior parte delle *lagrimali*, come si vedrà in seguito); altre esservene nelle quali la callosità apparisce ben tardi, ed è perciò un accidente secondario a cui debbesi avere poco o niun riguardo nella cura. Vi sono in fatto *fistole* le quali guariscono perfettamente col combatterne le particolari cause producitrici, comechè la loro callosità continui anche lungo tempo dopo la loro guarigione. E se ai tempi passati la callosità è stata considerata come il carattere più essenziale delle *fistole*, è ciò da attribuirsi all'uso, abuso ed anche misuso che si faceva delle taste e torunde, con cui aggiungendo nuova irritazione a quella che già preesisteva nei *seni*, accadeva che a quei tempi e con quelle abitudini occorresse più frequente e più presto la callosità nelle ulcere *sinuose*: perciocchè è cosa ora ben conosciuta che qualunque causa d'irritazione frequente o abituale non solo dà luogo a siffatto accidente, ma ordinariamente mantiene anche lo *stato fistoloso* in vece di emendarlo, e che le *fistole* nelle quali succede più spesso la complicazione di callosità, sono quelle appunto le quali hanno in sè stesse o fuori di sè una frequente causa d'irritazione. D'altronde anche nei casi in cui la callosità accompagna le *fistole*, è questa d'ordinario circoscritta alla loro imboccatura e ben di rado s'interna a coprirne tutto il loro condotto ed a renderlo duro, come era opinione degli Antichi. E vaglia il vero dopo la spaccatura di *fistole* anche antiche e callose, occorre tuttodì d'osservare ch'esse sono internamente coperte dalla sopra detta *membrana accidentale*, molle e soffice, o da carni fungose, e non già da callosità; e ciò soprattutto allora quando non precedette un lungo uso di sostanze così dette *vulnerarie* o *consolidanti*, capaci di rendere dure quelle *fistole* che erano dapprima di una più semplice natura.

loso; quindi è che dal complesso di molti fra essi si ricava sempre una diagnosi certa della *fistola*.

XXX. Le ulcere *sinuose* e *fistolose* minacciano raramente la vita dell'ammalato, ma, al pari d'ogni altra ulcera, impediscono più o meno l'azione della parte che occupano, così per la soluzione di continuità, come pei dolori che destano. E poi la cotidiana perdita degli umori che per alcune di esse si fa molto abbondante, produce un dimagramento e languore universale e talvolta una febbre consuntiva. Oltracciò alcune di esse deformano assai l'uomo che n'è affetto, e quelle che mettono capo in un serbatojo escretore con passaggio perenne ed involontario dell'umore contenutovi, così fattamente lo bruttano ed insozzano che assai tediosa riesce la vita.

XXXI. Comechè sia cosa difficile lo stabilire il pronostico delle ulcere *sinuose* e *fistolose*, anche in un modo generale, tuttavia noi toccheremo di passaggio questo argomento, avendo particolarmente in mira le principali sorgenti da cui esso pronostico si può ricavare, che sono la loro semplicità o complicazione; la natura della causa, e la facilità, difficoltà o impossibilità di vincerla o allontanarla; l'essere esse accessibili o no ai potenti mezzi della Chirurgia Operativa; la loro estensione; la loro giacitura fra tessuti assai importanti o no; l'età e l'indole della costituzione dell'ammalato, ecc.; riservandoci di trattare lo stesso argomento per lo minuto allora quando si dirà dei *seni* e delle *fistole* in particolare. Con tale norma si possono approssimativamente stabilire i seguenti principii. Di tutte le ulcere *sinuose* e *fistolose* le più facili a guarire sono le *semplici* cioè quelle che sono fomentate dalla sola viziosa forma della soluzione di conti-

nuità. Quelle che dipendono da causa locale sono di una guarigione più facile di quelle che sono sostenute da una causa costituzionale, a meno che non sia questa sifilitica, nel quale caso non è per lo più cosa difficile il vincerla. Quelle che hanno un solo *orifizio* ed un solo *condotto*, ancora corto e retto; o sono recenti, ed in persona sana e giovine; o hanno sede nei membri; o sono collocate tra parti poco importanti; o risultano dal semplice allontanamento dei tessuti; o hanno la loro *estremità d'origine* che non si sottrae all'azione dei potenti mezzi della Chirurgia Operativa, ecc.; sono più facili a vincersi di quelle che hanno più *orifizj*, anfratti, cuniculi o *condotti*, ancora lunghi e tortuosi; o sono inveterate ed in persona malsana o d'età avanzata; o sono accompagnate da perdita di sostanza; o mettono capo nelle principali cavità; o hanno sede sotto, sopra o fra tessuti molto essenziali, come grossi vasi, nervi, muscoli, ecc.; o sono inaccessibili ai mezzi della Chirurgia Operativa. Lento è l'andamento, e spesso difficile è la guarigione di quelle che penetrano in una cavità dotata di pareti immobili. Sono di facile guarigione quelle che dipendono da un corpo straniero collocato fra parti che non ne impediscono l'estrazione, ed all'opposto. La natura e l'arte sono generalmente impotenti contro quelle che penetrano entro un condotto escretore di piccolo diametro tanto più se coesiste perdita di sostanza; al contrario validi sono gli sforzi d'entrambe se non v'è perdita di sostanza e maggiore è il diametro del condotto escretore. Infausto è il pronostico di quelle che dipendono da una lesione organica dei tessuti *entro articolari* o circostanti ad un'articolazione: sono in tale caso per lo più fortunati gli ammalati quando tale è la natura dell'articolazione che non sia impedita l'amputazione.

Di lenta e difficile guarigione sono le ulcere *sinuose* o *fistolose* che dipendono da carie (salve però quelle che sono prodotte dalla carie dei denti), e ciò tanto più se questa è generata o fomentata da causa costituzionale. Non si debbe, senza la più grande cautela e senza avere prima stabilito artificiali spurghi con vescicanti, con cauterii , ecc. ; intraprendere la cura di quelle a cui la natura si è da lunga mano accostumata. Non si debbe parimente intraprendere la cura delle *critiche*.

XXXII. L'Arte può talvolta impedire la formazione dei *seni* e delle *fistole* coll'impedire la chiusura d'un ascesso prima che siano vinti tutti gli ostacoli alla guarigione che possono ancora esservi nel suo fondo; coll'aprire in tempo opportuno gli ascessi i quali hanno sede fra parti dotate d'abbondante e lasso tessuto celluloso ; col fare frequenti medicazioni di quelli di cui copioso è lo spurgamento; col rendere facile l'uscita del *pus* anzichè impedirla mediante taste e torunde o con un'inconveniente fasciatura; coll'aprire anzi col caustico che col ferro gli ascessi compresi da lenta flogosi ed interrotti o circondati da tessuti indurati , quali sono spezialmente in molti casi gli ascessi delle ghiandole.

XXXIII. La prima e più essenziale indicazione curativa dei *seni* e delle *fistole* consiste nel combatterne la causa, senza la quale avvertenza inutile tornerebbe qualunque mezzo operativo o no. Il frequente obblio di questa indicazione e l'ignoranza in cui erano gli Antichi intorno al modo con cui si forma questa malattia, sono forse da considerarsi come le principali cause per cui essa aveva nome di essere ostinatissima e ben sovente insanabile , avvegnachè la attaccassero con mezzi talvolta troppo acerbi. Finchè la malattia ha i soli caratteri del *seno* (per cui, dalla figura in fuori ,

essa ha tutto comune colle ulcere in genere) basta molte volte compiere quest'indicazione ond'essa svanisca senza o con pochi soccorsi dell'Arte. Ma quando il *seno* ha infistolito, cioè quando è già succeduta l'organizzazione d'una *membrana accidentale* per entro la sua cavità (la quale frappone una grande differenza fra questa malattia e le ulcere in genere), talvolta occorre ancora che, compiuta quella indicazione, esso si chiuda bel bello spontaneamente in grazia della mutua aderenza delle sue pareti, e ciò particolarmente quando esso è breve ed ha un *orifizio* non troppo angusto; ma il più sovente accade ch'esso si restringa bensì, ma continui, ed allora si offre una seconda indicazione la quale consiste nell'adoperare mezzi direttamente capaci d'infiammarlo e procurare la sua chiusura, o di cambiarne la figura e renderne apparente la cavità occulta. Queste due indicazioni ora si compiono nello stesso tempo (come nel caso in cui, essendo la malattia prodotta da un corpo straniero, si spacca a un tempo il *seno* e si estrae esso corpo), ed ora separatamente (come quando, essendo la malattia prodotta da un ostacolo organico d'un condotto escretore, essa non cessa col rimuovere l'ostacolo, ma esige una cura propria e diretta).

XXXIV. I mezzi coi quali si compie la prima indicazione sono altrettanto varii quanto varia è la causa della malattia. Così p. es. dipendendo questa dallo stato morboso d'una parte, d'un organo, d'una viscera lontani, o di tutta l'*economia*; ovvero da corpi stranieri; da necrosi o carie; dalla scopertura o alterazione d'una cartilagine, d'un tendine, d'un'aponeurosi o di un ligamento; dalla corruzione d'uno o più denti; ecc. conviene estrarre i corpi stranieri, o combattere que-

ste malattie con mezzi appropriati. Quando è l'effetto dello stato flogistico cronico dei tessuti d'un'articolazione, d'una membrana serosa, ecc. uopo è combattere innanzi tratto quest'infiammazione. Se è mantenuta dalla morbosa apertura d'un *condotto* o *ricettacolo* naturali, è mestiere sviare dall'apertura gli umori che essi sono destinati a contenere o condurre fuori del corpo: la quale cosa si ottiene in generale, quando sono soltanto feriti, introducendo in essi un conduttore cavo; ovvero si ottiene, se sono chiusi da ostacolo organico permanente, colla cauterizzazione o con mezzi meccanici o colla formazione d'un nuovo *condotto fistoloso* il quale conduca le materie d'escrezione sopra una superficie in cui la loro presenza sia innocente o generi minori inconvenienti che sulla cute.

XXXV. Nei casi in cui, non potendosi compiere le dette due indicazioni nello stesso tempo, rimangono i *seni* o le *fistole*, dopo che fu esattamente compiuta la prima, è da credersi trarre ciò origine da una qualche causa secondaria dipendente ora, ed il più sovente, dalla loro forma o dalla soverchia strettezza della loro *apertura esterna*; ora dalla declività del loro *fondo*; ora dalla moltiplicità dei *condotti* o anfratti; ora dal movimento della parte affetta; ora da un grado soverchio di flogosi manifesta o occulta, ovvero da atonia e sfibramento della *località*; ora dalla viziatura d'una porzione di pelle troppo assottigliata e distaccata dalle parti sottoposte, epperciò incapace di aderirvi, ecc. Si offre in tali casi una seconda indicazione diretta a vincere siffatti ostacoli, la quale debbesi in generale compiere nei seguenti modi.

XXXVI. Trattandosi d'un *seno semplice*, se ne può

talvolta ottenere la guarigione premendolo con moderazione e frequenza (previa una cauta e blanda injezione d'un liquido mollitivo per diluire le materie), onde, evacuato il pus contenutovi, possa stringersi e chiudersi: alla quale cosa contribuisce per lo più una ben diretta *compressione*, già raccomandata da Celso, fatta con istriscie di filaccica o di stoppa più o meno grosse secondo il caso, e sole o inzuppate nella chiara d'uova, le quali, sostenute con una convenevole fasciatura *espulsiva*, più egualmente comprimono. Onde la *compressione* riesca utile è cosa importantissima che il *seno* possa, per rapporto al suo corso ed alla figura della parte in cui ha la sua sede, essere sufficientemente ed ugualmente compresso in tutti i suoi punti, ma in ispecie nel suo *fondo*. È pure cosa importantissima ch'essa sia uniforme, regolare, non troppo stretta, nè troppo lassa, e che non si metta in opera prima che sia bene ammansito lo stato flogistico e siano cessati gli irritativi consensi della parte affetta: senza le quali avvertenze essa o non è tollerata o torna talvolta inutile e spesso dannosa. La *compressione* in tale modo e con tali riguardi eseguita riduce le pareti del *seno* a mutuo contatto, ne favorisce l'adesione, s'oppone ad ogni ulteriore raccolta di pus, e ne promuove l'esito per l'*apertura esterna*. Maggiore è l'utilità della *compressione* se il *seno* ha sede in una parte la quale offra un sufficiente punto d'appoggio. È questa la ragione per cui essa è più particolarmente praticata ed utile nei *seni* delle estremità. Talvolta è cosa giovevole il sostituire o l'aggiungere alla fasciatura *espulsiva*, quella che si fa con listerelle emplastiche applicate secondo il metodo di Baynton, e bucate nella sede dell'*orifizio*

del *seno*, onde non impediscano lo scolo delle materie (9). Comunque si eseguisca la *pressione*, essa debbe ancora essere continuata alcuni giorni dopo la guarigione per prevenire il ritorno della malattia.

XXXVII. Prima di eseguire la *pressione* conviene dilatare l'*apertura esterna* del *seno*, se essa è troppo stretta; e dopo conviene pure mantenerla dilatata fino a che il medesimo *seno* sia affatto chiuso nel suo *fondo* e nel suo *tragetto*: la quale cosa si conosce dal vedere che comprimendolo in tutta la sua lunghezza non n'esce più materia, nè si eccita dolore, nè si sente notevole durezza. Altrimenti rallentandosi l'uscita del pus non per la chiusura dell'interna cavità, ma per la chiusura o insufficienza dell'*orifizio* a dargli passaggio, ne siegue ch'esso *pus* ristagnando distenda ed irriti le pareti del *seno*, e generi una più o meno pronta e notevole infiammazione con dolore, febbre e talvolta anche risipola nella soprapposta cute, fino a che torni ad avviarsi o siasi il medesimo fatto una nuova apertura nei dintorni.

XXXVIII. Onde dilatare l'*apertura* del *seno* si racco-

---

(9) Vi sono, oltre agli anzidetti, altri mezzi d'eseguire la pressione, i quali tornano ugualmente utili e talvolta più. Così p. es. in alcuni *seni* profondi del braccio, dell'antibraccio e della coscia io mi sono servito con molto successo dello strettojo del Petit, dopo di avere applicato sul *fondo* e sul *tragetto* del *seno* panni lini, filaccica o stoppa in forma di cuscinetti, a cui ho talvolta soprapposto un pezzo di cartone. In altri casi di *seni* profondi della palma della mano ho àvuto ricorso con profitto al modo di pressione raccomandato contro all'emorragia procedente dalla lesione degli *archi palmari* (Ved. la Terapeutica Operativa del Profess. Geri). Finalmente nei *seni* degli inguini riesce giovevole e poco incomoda la pressione fatta col bendaggio erniario.

mandano il taglio ed alcuni mezzi *dilatanti attivi*, come il *midollo* di *saggina*, la *radice* di *genziana*, la *spugna incerata* o *secca*, ecc. Per mantenerla poi dilatata sono pure utili i medesimi mezzi *dilatanti attivi* ed alcuni così detti *passivi*, quali sono principalmente le taste secche o spalmate d'un molle unguento o inzuppate in qualche liquido mollitivo.

XXXIX. Al solo oggetto di dilatare l'apertura è in generale da preferirsi il taglio perchè l'azione dei mezzi *dilatanti attivi* è d'ordinario lenta, rare volte sufficiente e di lunga durata, epperciò richiedesi la loro ripetuta applicazione; oltrechè non è cosa prudente l'adoperarli in quei luoghi dove incontransi molte parti nervose, tendinee o aponeurotiche. Non perciò nei ragazzi, nelle donne dilicate, nelle persone in genere che hanno massimo ribrezzo al ferro, nei casi in cui la natura del luogo affetto impedisca l'uso di questo, ed in quelli pure di *seni* cortissimi, il loro uso è talvolta utilissimo.

XL. Trattandosi poi solamente di mantenere dilatata l'apertura fistolosa, giovano forse di preferenza i mezzi *dilatanti passivi*. Siccome poi e gli *attivi* ed i *passivi* irritano ed impediscono la libera uscita delle materie, così il loro uso debb'essere raro, interrotto e congiunto con frequenti medicazioni: oltracciò molli e corti debbono essere i mezzi *dilatanti passivi*, come quelli che hanno per oggetto unicamente di tenere aperto l'orifizio.

XLI. Fra i mezzi *dilatanti attivi* debbesi dare la preferenza alla *spugna secca* (*10) la quale assorbe

---

(*10) Il migliore modo di preparare la *spugna* è il seguente. Si avvolge e si stringe con un *refe* un molle e grosso pezzo cilindrico

meglio la materia, produce, comparativamente agli altri mezzi, una più pronta dilatazione, ed, essendo molle, riesce meno dolorosa delle dure radici spugnose e della stessa *spugna* incerata.

XLII. Si usa pure spesso d'introdurre nell'apertura esterna una fettuccia secca, o, ciò che è meglio, inzuppata in un liquido ammollitivo o spalmata d'un semplice unguento. Ma questa debb'essere solamente riguardata come un mezzo capace d'impedire l'adesione de' suoi margini e come un *conduttore* delle materie che è particolarmente utile nei casi in cui essa *apertura* ha poca tendenza a stringersi, o non è necessaria la dilatazione, o è questa già stata altrimenti conseguita. Nei casi di questa natura io sono anzi da lunga pezza solito di servirmi in vece della fettuccia la quale è colla sua presenza sempre più o meno irritante, d'un grosso specillo bulboso o d'altro simile stromento che introduco entro l'*apertura* una o due volte il giorno secondo la maggiore o minore tendenza ch'essa ha a chiudersi, la quale tendenza non essendo mai tanta che s'abbia da temersene la totale chiusura tra un'introduzione e l'altra, ne risulta che si mantenga facilmente aperto il *seno*, e si schivino gli inconvenienti a cui dà luogo la permanenza d'un corpo straniero.

XLIII. Insieme cogli anzidetti mezzi debbesi pur dare, se la cosa è possibile, alla parte affetta una posizione tale che l'*orifizio* del *seno* sia nella parte più declive, onde facile riesca lo scolo delle materie, coprendolo a un tempo con molle unguento ed evitando con pre-

---

di spugna prima inumidita, in modo ch'esso rimanga il più possibile compresso e ricoperto dal *refe*. Dopo qualche tempo si toglie il *refe* e s'introduce nell'*apertura* del *seno* un pezzo di *spugna* così compressa.

cauzione le medicazioni asciutte le quali fanno ostacolo all'uscita del *pus*. Debbesi parimente mantenere nell'immobilità la parte ammalata ogni qual volta il *seno* è collocato sotto, sopra, accanto o fra tessuti muscolari i quali, movendosi, ne impediscono l'adesione. Occorre in fatto sovente di vedere *seni* già inveterati delle estremità e spezialmente dell'ascella, i quali resistono ad ogni altro mezzo, e guariscono prontamente mediante l'assoluta immobilità della parte affetta (Ved. le Tesi d'Aggregazione al Collegio di Chirurgia del Dottore Bertinatti).

XLIV. Con l'ora detta cura locale coadjuvata anche dall'uso di alimenti ristorativi e dal cambiamento d'aria in quei casi in cui l'ammalato è macilento ed assai estenuato nelle forze, si vincono molti *seni* e talvolta anche alcune *fistole*. La terminazione favorevole poi è annunziata da ciò che, mano mano che la malattia progredisce verso la guarigione, stilla sempre minore copia di materia la quale, perduti sull'ultimo tutti i caratteri del pus, diventa chiara, alquanto densa e concrescibile. È anzi cosa probabile che il *condotto* morboso, già ristretto pel mutuo avvicinamento delle sue pareti, rimanga finalmente del tutto chiuso da una parte di questa materia da esso separata, la quale si converte in una sostanza spugnosa o *pseudo-membranosa*, capace di *organizzarsi*.

XLV. Quando poi, allontanate le cause, la malattia continua; quando essa resiste alla *compressione* ed agli altri mezzi fin qui detti; quando la *compressione* non si può eseguire perchè il *condotto* morboso scorre profondamente e tortuosamente in mezzo alle carni, o perchè manca il necessario punto d'appoggio, ecc.; e soprattutto quando, oltre a queste circostanze, esso

condotto ha perduto il necessario grado d'infiammazione adesiva, come talvolta succede, spezialmente negli ammalati dotati di fibra molle, inerte, debole, o dopo un lungo corso di malattia, o dopo l'uso soverchio di cataplasmi mollitivi o d'altre sostanze rilassanti, ecc.; la qual cosa si conosce dall'indolenza della parte, dall'essere essa edematosa, dalla tenuità delle materie purulente, ecc.; giova allora spesso lo eccitare il necessario grado d'infiammazione coll'applicazione di cataplasmi o fomenti aromatici (Osserv. II.), di liquori eccitanti ed astringenti, ecc.; o, ciò non riuscendo, coll'introduzione di candelette o taste semplici o spalmate di qualche unguento eccitante ed anche leggermente cateretico o caustico; o colle *injezioni* di sostanze dotate d'identica virtù medicamentosa, come sono il vino generoso solo o aromatizzato, una soluzione di sale ammoniaco o di potassa o di fosforo o di solfuro di potassa, l'alcoole, una leggera soluzione di nitrato d'argento nello stesso alcoole, lo spirito del Minderero, l'olio essenziale di trementina, l'acqua di calce colla tintura di cantaridi o coll'oppio, e simili. Alcuni propongono d'irritare e pungere colla punta della tenta il *condotto* morboso fino a farne stillare il sangue, e pretendono averne con questo mezzo ottenuto più presto la chiusura. Altri, tra cui principalmente Volpi, eccitata colle *injezioni* un'infiammazione sufficiente, ricorrono alla *fasciatura espulsiva*, ed io posso accertare di avere in alcuni casi avuto con felice successo ricorso a questi due compensi uniti. Gli abitanti dell'Isola di Cuba ottengono il medesimo intento collo stipite d'un arbusto chiamato *uejuco a campanillas* che introducono nel *condotto morboso*. È cosa superflua lo avvertire che questi mezzi sono inutili e dannosi se si adoperano

quando il *condotto* morboso imbocca in qualche cavità articolare, viscerale e simili; quando si termina in una viscera piena o in un'altra parte importantissima; quando nel suo fondo v'è un'essenziale viziatura incorreggibile colla nuova artifiziale infiammazione, ecc. Niuno in fatti sarebbe cotanto male avvisato d'usare le injezioni stimolanti o alquanto caustiche, se l'accidentale *condotto* avesse fondo in un rene affetto da calcolo o nella cavità del peritoneo, d'un'articolazione, ecc.; ovvero se fosse superstite a vasti e profondi ascessi linfatici, spezialmente della parte anteriore della colonna vertebrale.

XLVI. Talvolta sono anche efficacissimi contro i *condotti* morbosi poco estesi e profondi, alcuni cateretici forti i quali, nel mentre che stimolano potentemente, sostituiscono una superficie nuova alla vecchia, ed allargano l'*apertura esterna*. Fra questi meritano in generale la preferenza i trocisci di minio, o, meglio ancora, quelli di sublimato o d'arsenico, l'azione dei quali è forte e poco diffusibile. Essi destano spesso una grande tendenza alla guarigione, capace da sè sola a superare alcune complicazioni le quali, dalle cose sopradette (§ XXXIII.), sembra che dovrebbeero impedirla. Così succede più volte che i *condotti sinuosi* o *fistolosi* dell'uretra renduta libera da preesistenti ostacoli, e quelli pure che sono superstiti alla cistotomia perineale, s'incarnino dopo l'azione del trocisco, e si chiudano in poco tempo, avvegnachè l'orina vi continui a passare. I medesimi utili effetti si ricavano pure dall'azione caustica del nitrato d'argento nei casi di morbosi *condotti* dell'uretra i quali, tuttochè il Pratico non si adoperi per diviarne le orine, guariscono però d'ordinario facilmente colla sola cau-

terizzazione dell'interna superficie dell'uretra fatta secondo l'impareggiabile metodo di Ducamp, come l'osservazione quotidiana dimostra.

XLVII. Allora quando poi si è preveduta l'insufficienza o la controindicazione dei precedenti mezzi curativi, o sono stati questi adoperati indarno e forse con aggravamento del male, la qual cosa è frequente quando il *seno* ha già *infistolito* o si è già organizzato, uopo è allora di ricorrere al taglio il quale si fa in tre modi che sono la semplice *dilatazione*, la *controapertura* e la totale *incisione* di tutto il *condotto accidentale* dall'una all'altra estremità con o senza recisione d'una porzione di pelle. Col taglio si apre un esito pronto e facile alla materia, si induce un utile eccitamento nel cavo membranoso o no dell'ulcera e si rende piana e scoperta la soluzione di continuità prima profonda ed occulta, la qual cosa contribuisce assai alla guarigione, giacchè da Hunter in poi il comune dei Pratici ha osservato avere le ulcere profonde poca tendenza a coprirsi di buone carni. Il taglio poi, oltre all'essere per questi rapporti il più certo mezzo curativo, serve eziandio al Pratico per riconoscere e rimovere alcune complicazioni locali, talvolta non previste, che si oppongono alla guarigione.

XLVIII. La sola *dilatazione* è indicata in quei casi in cui il *condotto* morboso dall'*orifizio esterno* s'interna così profondamente e perpendicolarmente in mezzo ad un membro che, volendolo incidere in tutta la sua lunghezza, si dovrebbero tagliare troppi tessuti o parti troppo importanti. In tal caso il taglio debbe risultare più grande verso l'*apertura esterna* e diminuire gradatamente verso il *fondo*, e, non impediendolo la forma anatomica della parte o qualche importante tessuto,

debbesi replicare da ambi i lati, onde l'ulcera acquisti una figura conica o piuttosto triangolare colla base all'infuori, per cui, mentre è libero lo scolo delle materie, facile sia l'introduzione dei rimedj opportuni a detergerla. Questa *dilatazione* si fa tagliando col gammautte, parte colla guida della tenta solcata e parte con quella del dito, in direzione tale da non offendere tessuti di molto rilievo, come grossi vasi, nervi, ecc.; nè da dividere le fibre muscolari per traverso. Vi sono però casi in cui non si può evitare il taglio trasversale di alcuni tessuti muscolari, e non risulta alcun danno da sì fatto taglio per rapporto della naturale funzione della parte tagliata (Osserv. I.).

XLIX. La *controapertura* è indicata quando la sola *dilatazione* dell'*orifizio* del *condotto morboso* non procurasse un libero scolo alle materie, quando esso *condotto* fosse così esteso che spaccandolo ne risultasse una soluzione di continuità troppo lunga, e quando scorrendo sotto parti molto spesse ed importanti che non si dovessero tagliare, diventasse poi superficiale ed accessibile verso la sua *estremità cieca* la quale, incidendo i tegumenti o qualche altro residuo di parti, si rendesse facilmente patente al di fuori, e ciò tanto più se questa *estremità cieca* fosse nel luogo più declive. Mediante la *controapertura* le materie, uscendo dai due opposti orifizj, si trattengono meno nella *parte media* e cessano così dal fare ostacolo al riempimento ed all'adesione della morbosa cavità.

L. Per eseguire la *controapertura* si debbe introdurre una tenta solcata nel *condotto morboso* fino al suo *fondo* facendola sporgere quanto più si può contro agli integumenti; quindi si taglia sulla punta coperta della tenta fino a che non sia essa scoperta, e si di-

lata poi l'apertura colla guida della stessa tenta o con quella del dito, in proporzione dell'assottigliamento della pelle: anzi siccome nel fare questa dilatazione si debbe avere in mira che la nuova apertura sia il più possibile bassa, è quindi cosa necessaria di prolungare il taglio, se col dito in essa introdotto si sentisse ancora fondo al di sotto. Si può anche fare la *controapertura* dal di dentro all'infuori, portando la sonda a dardo o un gammautte nascosto o un particolare trocarre a questo fine immaginato, contro al *fondo cieco* del *condotto* morboso, e d'indi spingendoli fuori. Se si mette in pratica il trocarre è mestieri, prima d'introdurlo, di ritirarne alquanto il punteruolo nella cannuccia, ond'esso non punga inutilmente la parte prima che sia giunto al vero *fondo*.

LI. La *controapertura* debbe sempre farsi, se la cosa è possibile, nel *fondo* del *condotto* morboso: ma quando questo fosse in troppa distanza dalla cute e fra tessuti di cui la ferita non andasse esente da qualche pericolo, si debbe essa eseguire in quel sito che è meno distante dalla pelle. In tale guisa si otterrà almeno il vantaggio di annichilare una lunga porzione del *condotto* medesimo, di avvicinarsi alla sua *estremità* d'*origine* e talvolta anche di mettere questa in tale direzione colla *controapertura*, che divenga poi cosa facile il curarla.

LII. Qualora non fosse possibile di far penetrare la tenta, anche in varia guisa piegata, a cagione delle tortuosità o dei diverticoli del *tragetto*, si dovrà fare la *controapertura* nel luogo dove saranno stati meno equivoci i già accennati (§ XXIII.) segni topici del *fondo*, desunti dal cangiamento del colore e della consistenza della pelle, dalle injezioni, dalla raccolta delle

materie, ecc., e ciò dopo di avere turato l'*orifizio* dell'ulcera, e, colla guida delle cognizioni anatomiche ed anche col tatto, acquistato la certezza che nel luogo sopra di cui si ha da operare non vi sono vasi cospicui. Se, comunque siasi eseguita la *controapertura*, la malattia continua, non si dovranno trasandare le injezioni, la pressione e gli altri mezzi altrove detti, ove nulla ne controindichi l'uso.

LIII. Quando però, malgrado la fatta *controapertura*, l'uscita delle materie non fosse libera, o il *condotto* morboso fosse inerte e duro, è spesso cosa utile il far passare con un ago flessibile, ottuso, sufficientemente lungo e munito di cruna o con una tenta ottusa altresì colla cruna, un *setone* formato con fili di bambagia o seta, proporzionato al caso, per tutta la lunghezza del *condotto*, spalmando anche all'uopo il medesimo *setone* di rimedj stimolanti, cateretici o d'altra natura secondo la particolare indicazione, e facendolo scorrere ad ogni medicazione. Questo *setone* poi debbesi impicciolire, togliendone uno o due fili ogni secondo o terzo giorno, e quindi levare, allorchè dalla buona indole della materia e dalla diminuzione della sua quantità si abbia luogo a credere che non sia soltanto cangiata e migliorata la condizione del cavo morboso, ma sia già principiato l'utile lavorio d'incarnazione, avendo dippoi ricorso alle injezioni, alla pressione, ecc. Debbesi avere particolarmente cura di non lasciare il *setone* in sito oltre al bisogno, giacchè esso, come corpo straniero, può generare una notevole suppurazione o callosità (Annotaz. 8).

LIV. Il *setone* a tutto potere encomiato da Beniamino Bell ed ai tempi antichi assai più che ai nostri giorni messo in pratica, favorisce l'espulsione dei corpi

stranieri allorchè esiste siffatta complicazione (Oss. III.), ed è scevro da ogni maniera di pericolo anche quando il *condotto morboso* scorre profondamente tra muscoli, grossi vasi sanguigni, nervi, ecc.; epperciò quando pericoloso sarebbe l'uso così del gammautte come delle injezioni di sostanze acri. Ma esso eccita sovente una forte infiammazione: la qual cosa succedendo, nè potendovisi riparare coll'uso delle sostanze mollitive e coll'ungere lo stesso *setone* con blando unguento, è mestieri levarlo e sostituirlo, spezialmente nei casi in cui la sua introduzione fu piuttosto difficile, con un semplice filo che si ha l'avvertenza d'annodare prima ad una delle sue estremità. Colla guida di questo filo è poi cosa facile il reintrodurlo, calmata la flogosi, per continuarne l'uso, se è tollerato, ed, in contrarie condizioni, abbandonarlo affatto.

LV. Il più efficace però di tutti i mezzi è l'*incisione* totale del *condotto morboso* secondo l'antica sentenza che *curatio sinus dilatatio est.* Questa conviene più generalmente quando il *condotto* ha infistolito, soprattutto se esso non è troppo lungo (*11) e se la cute è così assottigliata che non sia più capace di rincarnare, ed aderire, nè vi è alcuna delle *controindicazioni* già qua e là notate, in ispecie ai §§ XLVIII, IX (*12). Anzi se la cute è molto macerata e sottile, o inzuppata, o indurata e quasi scirrosa da dovere temere una lunga e stentata

---

(*11) In alcuni casi si possono però fare lunghe *incisioni* non già tutt'a un tratto, ma a mano a mano che una parte del *condotto morboso* si cicatrizza.

(*12) Vi fu chi propose di aprire le *ulcere sinuose* e *fistolose* coi caustici. Questi però dovendo riescire, se non più dolorosi, meno sicuri del taglio, accadranno difficilmente casi in cui si possano per

suppurazione, uopo è tagliarne la porzione viziata in ſorma di + o di T, oppure reciderla affatto (Osserv. IV.) o parzialmente (Osserv. I.), secondo la particolare indicazione, quando però la cosa si possa fare salvamente o senza grave lesione della funzione della parte affetta. Perciocchè in simili casi niun altro risultamento si otterrebbe colla sola *incisione* fuorchè quello di convertire un'ulcera cava in un'ulcera cutanea di cui la guarigione sarebbe forse egualmente difficile ad ottenersi.

LVI. L'*incisione* si pratica altresì, come la *controapertura*, colla guida della tenta solcata, e la *recisione* si fa generalmente colle forbici. Prima di eseguire l'*incisione* conviene talvolta fare una *controapertura* al *cieco fondo* del *canale morboso*, come si noterà parlando della *fistola dell'ano*. Comunque si apra il *condotto* morboso o per tutta la sua lunghezza, o facendovi una *controapertura*, o recidendo una sola delle sue pareti oppure entrambe, si esamini dippoi sempre ed attentamente se non vi sono anfratti o diverticoli che non possano sgravarsi per la nuova apertura, nè essere medicati, e quelli, secondo la struttura della parte e la loro direzione, si fendano o si aprano, onde non ritardino la guarigione del morbo o non lo riproducano (Oss. V.).

LVII. Dopo eseguita l'*incisione* sola o in un colla *recisione*, si medicherà l'interna superficie cogli unguenti semplici, se la flogosi eccitata dal taglio v'induce una

---

alcuna ragione preferire. Essi debbono tutto al più tenersi in qualche conto allorchè la malattia ha fondo in una ghiandola esterna indurata ed altrimenti irresolubile di cui il caustico promove bene spesso la fusione.

buona suppurazione e vegetazione di carni, procurando che il riempimento e l'adesione comincino dal fondo, e ciò col tenere aperti i margini dell'*incisione* fino a che esso fondo sia pieno: giacchè altrimenti essi potrebbero riattaccarsi e riprodurre la malattia. E nel caso che l'interna superficie fosse fungosa oppure inerte, dura, parzialmente coperta di cicatrice, epperciò incapace di generare buone carni, si ricorrerà ai cateretici o caustici: la qual cosa accade però di rado. Quando vi fossero altre complicazioni le quali o non erano state previste, o, non si erano potuto combattere prima della totale *incisione*, vi si dovrà provvedere secondo la particolare natura del caso.

LVIII. All'*incisione* gli Antichi sostituivano frequentemente la *legatura* fatta con un filo di piombo, di seta, di canape o di lino. I Moderni l'hanno sbandita, alcuni pochi eccettuati i quali la raccomandano soltanto nella cura della *fistola* dell'ano, dove credono operare essa con minor dolore, senza perdita di sangue e senza destare soverchia infiammazione e suppurazione. Parlando della *fistola* dell'ano noi vedremo che alcune di queste ragioni sono chimeriche ed altre esagerate, e che nella cura di sì fatta specie di *fistola* il *taglio* è da anteporsi alla *legatura* la quale è in questo particolare caso meritevole di quell'obblio in cui è ingiustamente caduta per rapporto ad alcune altre specie di *seni* e *fistole*. E di fatto onde evitare l'emorragia d'una grande *incisione* fatta tutta in una volta sopra persone deboli e pusillanimi, io ho in alcuni casi avuto ricorso con pieno successo alla *legatura* per dividere alcuni *condotti sinuosi* o *fistolosi* della cavità ascellare, del collo e della faccia, spezialmente delle ghiandole tiroidea, sottomascellare e parotide.

LIX. Non voglio passare sotto silenzio che, essendo inutili o *controindicati* i mezzi fin qui accennati, si può talvolta ancora ricorrere con felice successo alla *moxibustione* o alla *cauterizzazione* fatta sulla cute corrispondente all'occulto *condotto sinuoso* o *fistoloso* il quale, ravvivato dalla loro potente azione, bel bello si chiude (Oss. VI.). È finalmente da sapersi occorrere alcuni casi in cui l'azione d'uno dei fin qui detti mezzi non è utile se non in quanto che vi si aggiunge la cooperazione dell'altro (Osserv. VII.). In somma in questa come in tante altre occasioni è cosa indispensabile, onde gli sforzi dell'Arte siano coronati di felice successo, che il Pratico sappia a tempo opportuno variare, unire o sostituire i mezzi curativi, e ch'egli sia perciò dotato d'uno spirito giusto e di quello che chiamasi *tatto medico* il quale altro non è fuorchè un bello e prezioso frutto del genio e della sperienza.

LX. Comunque si curi la malattia, le *callosità* che possono coesistere non esigono d'ordinario alcuna particolare indicazione, giacchè essendo esse il risultamento d'un'irritazione frequente ed abituale, se vinte sono le cause primitive e secondarie della *fistola*, scompajono per lo più di per sè durante la cura o poco tempo dopo. Ove però a cagione dell'antichità della medesima *fistola*, o della spessezza e del numero delle *callosità*, o dell'inerzia in cui è caduta la parte che ne è compresa, fossero esse restìe, nè cedessero al lungo uso delle cose mollitive ed impedissero la cicatrice, basterebbe il tagliuzzarle per determinare un grado sufficiente d'infiammazione capace di promovere la cicatrice e spesso la totale loro fusione. E quando pure esse fossero superstiti alla cicatrice, ciò che è ben raro, se ne potrebbe ancora procurare la fusione colle

docciature, coi bagni semplici o solforosi, coi fanghi minerali naturali o artificiali, coi così detti *rimedj fondenti*, tra cui sono principalmente da annoverarsi la cicuta e il jodio esternamente usati, ecc. Ma in niun caso occorre la necessità di reciderle (*13).

LXI. Tale è in genere la cura dei *seni* e delle *fistole* di cui si può debellare la causa producitrice. Nel caso opposto si debbe avere ricorso alla cura *palliativa* la quale consisterà ora nel combattere con applicazioni ed injezioni di sostanze mollitive, coi bagni, con opportuna dieta attenuante ed anche con salassi locali, raramente generali, ecc. l'infiammazione che si desta di quando in quando nella parte affetta o ne' suoi dintorni: ora nel frenare o correggere il soverchio spurgamento e diminuire la morbosa flaccidezza della *località* con injezioni e fomenti tonico-astringenti, con alimenti nutritivi, ecc.: ora nell'adoperare *corpi dilatanti attivi* o *passivi* (§ XXXVIII.) per impedire la chiusura del *foro esterno* e prevenire gli accidenti che deriverebbero dall'accumulamento e dal soggiorno delle materie entro la cavità morbosa: ora nel fare pel medesimo scopo opportune *dilatazioni* col gammautte: ora nel variare la posizione della parte, o nell'eseguire una *controapertura* ne' luoghi più declivi, se mal situato fosse il detto *foro esterno*, ecc. In ogni caso poi richiedesi la massima nettezza dell'ammalato e specialmente della parte affetta.

(*13) Nelle età passate si giudicava frequente la necessità d'estirpare le *callosità* per la guarigione delle *fistole*, perchè vinceva a que' tempi l'opinione che *scirrosa* fosse la loro natura, e che in esse consistesse la causa o per lo meno la circostanza più essenziale della malattia. Ma gli attuali lumi anatomico-patologici hanno distenebrato di sua caligine quest'argomento (Annot. 8).

LXII. In queste generali considerazioni noi abbiamo a bella posta toccato solamente di passaggio delle cause e della cura interne delle *ulcere sinuose* e *fistolose*; dei varii caratteri (per cui erano dagli Antichi chiamate *impure* , *cancrenose* , *putride* , *secche* , *umide* , *fungose* , *fagedeniche*, ecc.) ch'esse assumono secondo la varietà di quelle cause e di altre circostanze accessorie; della differente medicazione locale che loro è appropriata secondo questi caratteri; ecc.: perciocchè per tutte queste qualità esse non si differenziano dalle altre ulcere intorno alle quali il giovine Chirurgo ha già ricevuto notizie positive in un'altra Scuola. Abbiamo pure pel medesimo motivo parlato alla sfuggita delle malattie e cause materiali (§ III. e seg.) che spesso le generano o fomentano o complicano, e della diagnosi e cura di queste malattie o cause materiali. Ma era nostro principale scopo di dire intorno a quelle circostanze solo quel tanto che, avendo più immediato rapporto col principale argomento delle *ulcere sinuose* e *fistolose*, poteva renderne più facile l'intelligenza, e di parlare più distesamente di queste, considerate come malattia principale; delle qualità che in ispeciale modo le caratterizzano, quali sono la loro figura e, per rapporto delle *fistole* , la *membrana* di *nuova formazione* che le riveste; ed in fine delle indicazioni che da quelle caratteristiche qualità risultano nella loro diagnosi, prognosi e cura. Noi confidiamo che le cose per questo rapporto fin qui dette bastino per le *ulcere sinuose* o *fistolose* le quali non meritano speciale cura, soprattutto *Operativa*, quali sono quelle che hanno fondo nel tessuto celluloso, nella capsula sinoviale d'un tendine, entro la cavità innormale d'un accidentale sacco cistico, ecc. Ma siccome molte ve n'ha le quali per la

particolare forma e struttura della parte che occupano, escono dai confini di queste generali considerazioni, esigono speciale cura, specialmente *Operativa*, e riguardano perciò più direttamente il nostro instituto, così di queste noi divisiamo di parlare in un modo più circostanziato. In tale novero sono particolarmente da collocarsi quelle che mettono capo contro o dentro una membrana mucosa che veste un *condotto* o *ricettacolo escretorii* o no, o in una membrana serosa, o in un tessuto ghiandoloso. Quindi sarebbe forse pregio dell'opera il dividerle in tre principali classi, e suddividere in altrettante specie la classe di quelle che mettono capo nei *condotti o ricettacoli* vestiti da una membrana mucosa, secondochè essi sono destinati a trasportare o contenere umori *escrementizj* o *recrementizj* o *escremento-recrementizj*. Se non che, per non moltiplicare le divisioni e per non separare argomenti tra di loro molto analoghi nel solo scopo di stare ligj alle classificazioni, noi diremo da prima di quelle che penetrano nei *condotti o serbatoj escretorii*, e nello stesso tempo di quelle che hanno fondo nella ghiandola o nelle ghiandole a cui quei *condotti* o *serbatoj* sono destinati; faremo in seguito menzione delle fistole che comunicano con una cavità vestita da una membrana mucosa, ma non destinata a contenere materie escrementizie; e finalmente di quelle che si aprono in una cavità serosa.

CLASSE I.

SENI E FISTOLE PENETRANTI IN UN CONDOTTO O RICETTACOLO ESCRETORII.

ARTICOLO I.

Seni e fistole lagrimali.

LXIII. Le lagrime sono l'umore animale di cui l'espulsione per le vie naturali è, dalle orine in fuori, il più spesso disturbata, ora a cagione d'una soluzione di continuità dipendente da causa traumatica o da un'ulcera corrodente, ora a cagione d'ostacoli organici o di altra natura già accompagnati o ancora scompagnati da crepaccio. Queste vie sono fatte dai *canaletti escretorii* della ghiandola lagrimale, dai *punti*, *condotti* e *sacco lagrimali*, e dal *canale nasale*.

LXIV. Sebbene niuna di queste parti vada esente dalle soluzioni di continuità per causa traumatica, è però

cosa oltre ogni dire rara che il canale n. ne sia affetto, e ciò in grazia della sua posizione. E parimente, benchè gli ostacoli possano aver luogo in ognuna delle dette parti ed in ogni punto della loro estensione, essi occorrono però assai frequenti nel canale n., rari nei punti e condotti l. e rarissimi nei canaletti escretorii della ghiandola l. In quanto al sacco l., esso va pure soggetto ad ostacoli, ma, per le ragioni che si diranno, questi o non sono mai o sono raramente l'unica causa d'impedimento al corso delle lagrime.

LXV. Diverso è l'effetto dell'impedimento al corso delle lagrime secondochè questo deriva da una soluzione di continuità o da ostacoli, ed anche secondo la natura e la sede di quella fra le nominate parti in cui ha luogo esso impedimento. Quando ne è causa una soluzione di continuità vi sarà *stillicidio* (*14) di lagrime e nulla più, colla differenza che questo avrà luogo dall'estremità esterna della palpebra superiore, o da quella sede che vi è tra i punti l. ed il luogo d'unione delle due palpebre dal lato del naso, o dalla sede che corrisponde al sacco l., secondochè saranno da essa offesi o i canaletti escretorii della ghiandola, ovvero i condotti o il sacco l. Quando all'opposto ne è causa un ostacolo, se questo ha luogo nei canaletti escretorii della ghiandola l., succederà la dilatazione

---

(*14) Noi chiamiamo con Adam Schmidt *stillicidio* delle lagrime (*dacryostagon*) e la lagrimazione dipendente dalla diminuita o cessata funzione dei punti e condotti l. per affezione propria d'essi o per malattia del sacco l. o del canale n., e quella che conseguita la morbosa apertura d'alcuna delle parti che formano le vie escretorie delle lagrime; e chiamiamo *epifora* (*dacryoryza*) la lagrimazione dipendente dall'aumentata azione secernente della ghiandola l.

d'uno o più di essi, il loro crepaccio, il ristagnamento delle lagrime con tumore verso l'estremità esterna della palpebra superiore, e talvolta finalmente l'esulcerazione di quest'ultimo e lo stravasamento delle lagrime al di fuori. Se l'ostacolo ha sede nei punti l. o nel principio dei condotti dello stesso nome, sarà impedito l'assorbimento delle lagrime; ovvero, se esso è nelle rimanenti parti dei condotti l., dovranno le lagrime riboccare dai punti l., senza che però succeda dilatazione o crepaccio dei medesimi condotti. Se finalmente l'ostacolo è nel canale n., succederà da prima il ringorgo delle lagrime dai punti l., poi la dilatazione del sacco, quindi, dopo un tempo più o meno lungo, il suo crepaccio ulcerativo e lo stravasamento delle lagrime per la morbosa apertura. Ma anche in quest'ultimo caso il canale n. essendo tutt'intorno assiepato da pareti ossee andrà quasi sempre esente da sì fatto crepaccio ulcerativo.

LXVI. L'ora detta soluzione di continuità o morbosa apertura primitiva o secondaria d'una parte delle vie escretorie delle lagrime, accompagnata da maggiore o minore asciugaggine della narice corrispondente, da stillicidio o stravasamento di esse lagrime pure o miste con muco o pus, e talvolta, benchè assai di rado, da scolo di sola materia mucosa o purulenta, è quello stato morboso che solo merita il nome di *seno* o *fistola l.* (*15),

---

(*15) Sebbene le malattie delle parti escretorie degli organi l., principalmente di quelle che sono collocate tra l'occhio ed il naso, siano per natura assai varie, esse furono però quasi tutte insieme confuse sotto il titolo di *fistola l.*, e non vi è gran tempo che furono assoggettate agli stessi principj ed alle stesse distinzioni che sono di som-

secondochè la morbosa apertura è recente o antica, callosa o no (16).

LXVII. Diversi essendo dunque gli effetti dell'impe-

---

ma utilità nelle altre parti della Scienza Medico-Chirurgica. In conseguenza di questo assurdo uso generale di chiamarle quasi tutte collo stesso nome di *fistola l.* avvenne che siasi in vano da molti procurato di scoprire un metodo unico per guarirle tutte. Noi pertanto secondo la precedente definizione, ammessa dai più degli Antichi e dedotta dalla natura stessa della cosa, escludiamo dal novero dei *seni* e delle *fistole l.* ogni altro stato patologico scompagnato da una morbosa apertura delle vie delle lagrime, epperciò senza stravasamento di queste per un foro preternaturale, comechè quello stato sia accompagnato da ringorgo delle medesime lagrime sole o anche miste con muco o pus, da dilatazione di qualche parte delle dette vie o da tumore l., da asciugaggine delle narici; e comechè esso possa condurre allo stato fistoloso, il quale altro non è fuorchè un grado maggiore della stessa affezione, anzi vi si termini per lo più col tempo. Non perciò noi procureremo di descrivere quanto chiaramente fia possibile i varii fenomeni che precedono ed accompagnano lo stato fistoloso, ed i rapporti più o meno diretti ch'essi hanno con questo, onde cadano sotto il medesimo punto di vista le lunghissime ed intrigatissime fasi della malattia, diversissima nel grado, nella specie e nelle complicazioni.

(16) L'osservazione quotidiana prova contro all'opinione di Platner e Maitre-Jan, che le morbose aperture delle vie l., tuttochè inveterate, diventano raramente callose, e si offrono perciò quasi sempre sotto la forma di *seno* e non di *fistola*, la qual cosa era già stata avvertita da S. Yves, Garengeot, Eistero. Oltracciò non vi si incontra la *membrana accidentale* (§ XX) la quale caratterizza più specialmente lo stato fistoloso, salvi alcuni casi, anche rari, come si vedrà più avanti, in cui la morbosa apertura è discosta dalle vie l. Ond'è che il nome generico di *seno l.* sarebbe più conveniente di quello di *fistola l.* Siccome però da una parte qualche confusione potrebbe nascere da qualsisia innovazione, e dall'altra è a un di presso identico il metodo curativo d'ambe queste forme morbose, così noi chiameremo d'or innanzi col nome generico di *fistola l.* qualunque soluzione di continuità avente i sopra citati caratteri (§ LXI), sottintendendo applicabili ai *seni l.* le cose che si diranno a mano a mano intorno alle *fistole* dello stesso nome.

dito corso delle lagrime secondo la natura e la sede degli impedimenti, ragione vuole che se ne discorra partitamente, principiando da quelli dei canaletti escretorii della ghiandola l.

LXVIII. Può succedere, benchè raramente, che, in seguito a una soluzione di continuità per causa esterna accidentale o per Operazione chirurgica, le lagrime stravasino dalla ghiandola l. o da' suoi canaletti escretorii, e ne risulti quello stato morboso che si chiama *fistola* della ghiandola l., e che meglio si potrebbe chiamare *fistola* della ghiandola l. o dei suoi canaletti, secondochè essa mette fondo nell'una o negli altri. Lo stesso effetto può anche essere prodotto da un'ulcera corrodente (cancerosa, erpetico-cancerosa, venerea, fungosa, ecc.) situata nell'estremità esterna d'una delle palpebre superiori, o dall'infiammazione ulcerativa della detta ghiandola (*dacryoadenitide*) o dei suoi canaletti escretorii, infiammazione primitiva o diffusa dalle parti continue o circondanti, e principalmente dal tessuto celluloso. Il *foro fistoloso* ora si apre alla superficie della pelle, come osservò Beer, ed ora sopra quella parte della congiuntiva che riveste la faccia interna dell'estremità esterna delle palpebre superiori. Ambi questi modi morbosi furono per me veduti (Oss. VIII e IX).

LXIX. Se l'*apertura* è *esterna* o nella cute, s'incontra verso l'estremità esterna della palpebra superiore un piccolo foro (il quale talvolta non può essere bene veduto senza il soccorso della lente), ora calloso ora no, da cui stillano limpide lagrime. Se vi s'introduce lo specilletto dell'Anel, questo si dirige verso l'origine del *condotto* accidentale cioè verso la ghiandola l. o verso i suoi canaletti, penetrando più addentro nel primo caso e meno nel secondo. Vi è nello stesso

tempo maggiore o minore siccità dell'occhio (*scleroma, xerophtalmia*), ed asciugaggine della narice corrispondente, proporzionata al maggiore o minore stillicidio delle lagrime pel foro morboso. La siccità dell'occhio s'aumenta quando molto elevata è la temperatura atmosferica. Oltracciò, quando notabile è questa siccità, essa va talvolta accompagnata da una sensazione simile a quella che nasce dalla presenza di polviglio fra le palpebre. Del resto questa siccità è soltanto *subiettiva* o indicata dall'ammalato, e non *obiettiva* al Chirurgo, perchè l'occhio si offre umido e del colore naturale. Avviene di quando in quando che il foro esterno si stringa o si chiuda, ed allora s'irritano, gonfiano, diventano alcun poco dolorosi i suoi dintorni, e si fa una nuova apertura con uscita di lagrime mescolate con pus, in seguito della quale guarisce talvolta l'affezione, come succedette nel caso per me veduto. Quando la soluzione di continuità è prodotta da un'ulcera corrodente, in vece del foro fistoloso havvi soltanto un'apertura coperta da carni fungose, dalla quale escono lagrime miste con pus sanioso o icoroso.

LXX. Se poi il *foro fistoloso* è interno o sulla congiuntiva, si vede, rovesciando la palpebra, una piccola eminenza rotonda, bianchiccia, cava nel mezzo e circondata da una sottile rete di vasi capillari turgidi, dal centro della quale eminenza fluiscono lagrime mischiate talvolta con alcuni fiocchetti mucosi o purulenti. Manca però allora la siccità dell'occhio. Anzi nel caso da me veduto questo era più umido del solito e sovente lagrimoso. La persona che n'è affetta prova un tal quale impedimento nel volgere l'occhio verso la parte esterna, dove le pare siavi un corpicciuolo frapposto tra la palpebra e l'occhio. Toccando la palpebra

nella sua superficie esterna si trova una piccola durezza nel luogo corrispondente al foro interno, la quale si rende talvolta un po' dolorosa, soprattutto quando, restringendosi o chiudendosi esso foro, succede una raccolta di lagrime. Del rimanente introducendo in quel foro un piccolo specillo, esso si dirige pure verso la ghiandola l. o verso i suoi canaletti escretorii.

LXXI. La cura di questi mali i quali nel loro stato di semplicità sono piuttosto un incomodo che una malattia, consiste nel procurare la chiusura del *condotto accidentale* coll'indurvi una nuova infiammazione (*17) mediante il caustico. A quest'uopo, se il foro si apre nella superficie esterna della palpebra, esso si debbe dilatare colla ripetuta introduzione d'una minugia o di uno specillo, e quindi cauterizzare con un minuzzolo di nitrato d'argento bene aguzzato; se non che, essendo l'incomodo di pochissimo rilievo, la persona che ne è affetta preferisce ordinariamente di commetterlo alla natura. Nell'altro caso sopracitato (§ LXVIII) per me veduto, in cui il foro si apriva sulla congiuntiva, mi venne fatto di cancellare l'incomodo con due cauterizzazioni eseguite parimente con un pezzuolo di nitrato d'argento ben aguzzo. Ed in simili congiunture non m'appiglierei ad alcun altro metodo curativo.

LXXII. In ambi i casi da me osservati non insorse dopo la guarigione alcun accidente, anzi scomparve bel

---

(*17) La natura stessa indica l'utilità di questo compenso. Di fatto nel caso sopra citato per me veduto in cui il foro era aperto sulla superficie esterna della palpebra, si destò col tempo un'infiammazione anzi forte che no, in seguito della quale l'incomodo che durava già da più anni, cessò spontaneamente.

bello la siccità dell'occhio, probabilmente perchè i superstiti canaletti escretorii si dilatarono gradatamente in modo da surrogare gli otturati (*18), e si è forse anche abolita col tempo l'azione secernente della porzione della ghiandola corrispondente ai medesimi canaletti otturati. Ove poi si entrasse nella risoluzione di commettere quest'incomodo alle sole forze della natura, si dovranno raccomandare collirii mucilaginosi per iscemare gl'inconvenienti dello *scleroma*.

LXXIII. È cosa superflua l'avvertire che, qualora la morbosa apertura con istillicidio delle lagrime fosse dipendente da un'ulcera corrodente, converrebbe innanzi tratto combattere con appropriata cura la malattia principale.

LXXIV. Nei casi fin qui detti lo stravasamento delle lagrime dalla ghiandola l. o da' suoi canaletti escretorii ha luogo al di fuori. Può però accadere un'altra specie di affezione in cui le lagrime non istravasano al di fuori, ma nel tessuto celluloso dell'estremità esterna delle palpebre superiori, in dipendenza della chiusura (*atresia*) d'uno o più canaletti prodotta da causa esterna (scottatura, contusione e simili), o da infiammazione dei medesimi canaletti primitiva o diffusa dalle

---

(*18) Io ebbi alcune altre occasioni d'osservare persone affette da siccità dell'occhio più o meno incomoda per ferite dell'estremità esterna d'una delle palpebre superiori, accidentali o risultanti da operazioni per me fatte in quella sede con evidente lesione d'uno o più canaletti escretorii, ma vidi in ogni caso dissiparsi bel bello col tempo sì fatto incomodo. Non perciò il pericolo d'uno *stato fistoloso* e d'uno *scleroma* più o meno grave, forse anche irreparabile, debbe rendere il giovine Chirurgo circospetto nell'intraprendere e guardingo nell'eseguire un'operazione in quella sede, specialmente verso la faccia interna dell'estremità esterna delle dette palpebre.

parti circonvicine. In conseguenza di siffatta chiusura occorre talvolta il ringorgo delle lagrime, la dilatazione e poi la crepatura o la corrosione del canaletto o dei canaletti affetti e lo stravasamento delle medesime lagrime nel tessuto celluloso il quale s'allarga in modo di piccolo sacco o di cistide.

LXXV. Questo tumore l. (*dacryops*) cresce rapidamente; è elastico, circoscritto, indolente e del colore della pelle; penetra ben addentro nell'orbita, e, compresso, eccita un senso di cupo dolore gravativo nel bulbo dell'occhio con passeggera *fotopsia*. Esso è pure accompagnato da scleroma. Se, sollevata e scostata la palpebra, si preme il tumore dall'angolo esterno di essa verso l'occhio, vedesi la congiuntiva alzata in un tubercolo rotondo ed uniformemente rossigno il quale, toccato, ondeggia.

LXXVI. Quest'affezione per me osservata una sola volta ed osservata pure da Schmidt e Beer, è assai rara e non è stata fin qui incontrata che nei ragazzi. Essa non reca alcun inconveniente all'occhio, ma è di difficile cura per la naturale impazienza degli ammalati di quell'età, e per la sede che occupa.

LXXVII. Sì fatto tumore, lasciato a sè, si apre col tempo dalla parte o della cute o della congiuntiva, ed in tal caso esso è per lo più seguito da un *seno fistoloso* (§ LXVIII) il quale debb'essere curato in conformità dei precetti sopra stabiliti (§ LXXI). È però cosa prudente di prevenire con opportuna cura tale terminazione; giacchè, prima ch'essa abbia luogo, può succedere un guasto irreparabile nella ghiandola l. o ne' suoi canaletti escretorii.

LXXVIII. I Pratici i quali ebbero occasione di curare quest'affezione raccomandano la seguente pratica operativa. Un Assistente debbe alzare la palpebra e scostarla dall'occhio, respingendo nello stesso tempo il tumore

dall'alto al basso ed al davanti. L'Operatore fa quindi con un piccolo bistorì alquanto convesso un'incisione sulla congiuntiva che copre il tumore, penetrando fino al suo involto proprio. Dopo ciò, afferrato con pinzette sottilissime questo involto, egli ne fa la dissecazione tutt'intorno, per quanto fia possibile, con un gammautte ottuso e rotondo in punta, avendo l'avvertenza di dividere il tessuto celluloso piuttosto comprimendo che segando. Ciò eseguito, egli fa passare per la ferita un ago curvo infilato d'un filo semplice di seta e lo ritira dall'angolo esterno della palpebra, lasciandovi il filo a modo di setone. Se questo filo non desta nello spazio di ventiquattro ore una flogosi sufficiente, si procurerà di renderlo più efficace inzuppandolo in una sostanza caustica, come una soluzione di nitrato d'argento, di potassa caustica, di butirro d'antimonio, ecc. E ciò non bastando per produrre la chiusura o il distruggimento della cisti, si dovrà rinunziare alla speranza d'ottenere una guarigione radicale, e si farà una cura *palliativa* la quale consiste nell'inzuppare in una soluzione d'acetato di piombo, o nello spalmare colla pomata di tuzia o simili, il filo che fa l'uffizio di setone, facendolo scorrere spesso, onde ottenere un'*apertura fistolosa*. Il tumore l. così fornito d'un'apertura fistolosa è da Schmidt chiamato *dacryops fistulosus*.

LXXIX. Questa pratica essendomi paruta troppo complicata nè scevra da inconvenienti per l'occhio, io m'appigliai con successo alla seguente nel caso sopra citato in cui m'avvenne di curare simile affezione. Dissecata, come si è detto sopra, la cisti per quanto mi fu possibile, io feci la recisione di tutta la parte dissecata, e cauterizzai profondamente col nitrato d'argento la superstite porzione aderente. Ne insorse flogosi

suppurativa anzi forte che no; ma poi, calmatosi dopo otto giorni ogni tumulto col continuo uso delle poltiglie mollitive, e, separatasi l'escara ed incarnatasi la soluzione di continuità, si ottenne una guarigione perfetta. Parliamo ora dei principali impedimenti al corso delle lagrime pei punti e pei condotti l.

LXXX. I principali impedimenti al corso delle lagrime pei punti e pei condotti l. di cui quelli non sono che gli orifizj esterni, dipendono o da una *soluzione* di *continuità* o da *ostacoli*. Le soluzioni di continuità sono l'effetto ora d'una causa traumatica accidentale o anche d'un'operazione chirurgica; ora d'una *blefaritide* parziale o generale seguita da suppurazione (19) o da cancrena; ora della corrosione prodotta da un'ulcera cancerosa, erpetico-cancerosa o venerea, da un antrace, spesso con perdita di sostanza, ecc. Se in tutti questi ed altri simili casi sono particolarmente affetti i punti l., va d'ordinario perduta la loro facoltà assorbente, ma non può derivarne alcuno stato fistoloso. Dovechè, essendo specialmente affetti i condotti l., ne siegue lo stillicidio delle lagrime per la loro morbosa apertura la quale s'incontra quando nella superficie esterna e quando nell'interna del margine libero delle palpebre. È però cosa, se non impossibile, oltre ogni dire rara, che le soluzioni di continuità ulcerative dei condotti l. poc'anzi citate, le quali sono cer-

---

(*19) Secondo Travers i piccoli ascessi che si formano intorno ai condotti l. si aprono talvolta in questi o si possono artificialmente aprire con un piccolo specillo in essi introdotto, con uscita del pus dai punti l., successiva guarigione senza screpolatura della pelle, epperciò senza pericolo di fistola.

tamente molto più frequenti delle traumatiche, rimangano circoscritte ai soli condotti e non attacchino nello stesso tempo i corrispondenti punti l., nè ledano la loro funzione assorbente. Talchè lo *stillicidio* che si osserva in simili congiunture non è quasi mai l'effetto di lagrime fluenti dalla morbosa apertura di essi condotti bensì di lagrime non assorbite dai corrispondenti punti l. All'opposto le soluzioni di continuità da causa traumatica dei soli condotti, benchè molto più rare, essendo compossibili collo stato sano dei punti l. del lato affetto, possono convertirsi in ulcera fistolosa con vero *stillicidio* di lagrime dalla medesima. Io ebbi occasione di vedere due casi di questa natura. In uno (Oss. X) il condotto fu leso verso la sua metà nell'atto che si estirpava un tumoretto cistico dall'estremità interna della palpebra inferiore destra. La morbosa apertura era collocata nella faccia interna di essa palpebra vicino al grand'angolo, e le lagrime che ne uscivano, fatto un piccolo lago in esso angolo, cadevano poi sulle guance (20). Nell'altro caso la morbosa apertura aveva la sua sede nella superficie esterna della palpebra, ed era stata il risultamento d'una ferita fatta da un pezzo di vetro (Oss. XI). Travers dice d'avere osservato alcuni simili casi.

LXXXI. Gli *ostacoli* dei punti e condotti l. sono *congeniti* o *accidentali*. In riguardo degli *ostacoli congeniti* sono negli Annali dell'Arte registrati alcuni pochi esempj d'individui nati ora colla chiusura d'uno (Anel) o d'ambi (Travers) i punti l. ed ora di uno

---

(*20) Un'osservazione di questa natura è riferita da Boyer. Se non che in questo caso un piccolo specillo introdotto nel punto l. dal lato affetto passava liberamente nel sacco, dovechè nel caso per me osservato questo passaggio era impedito.

o di tutti e due i condotti l. Questa chiusura è fatta quando da una tenue membranuzza coprente essi punti l., quando dalla mutua adesione dei contorni dei medesimi o delle pareti dei condotti l. Si hanno pure alcuni rari esempj di mancanza totale di queste parti.

LXXXII. Gli *ostacoli accidentali* dei punti e condotti l. dipendono talvolta da corpi stranieri che si formano in quelle parti o vi s'introducono dal di fuori, e tal altra da un vizio organico. I primi possono chiamarsi *meccanici* e gli altri *organici* (*21). Per rapporto agli *ostacoli meccanici* sonvi alcuni, però rarissimi, esempj di piccolissimi corpi introdottisi nei punti l. più o meno avanti, tra altri uno di turamento, flogosi lunga, ostinata, ed impedito assorbimento delle lagrime per l'introduzione dentro un punto l. d'un pelo di ciglio morbosamente diretto. Sonvi pure alcuni esempj (Travers ed altri) di turamento d'un condotto l. a cagione d'una concrezione calcolosa (*dacryolite*).

LXXXIII. Gli *ostacoli organici* dipendono da più cause: 1.º da cicatrici consecutive alle ferite, scottature o ulcere del margine libero delle palpebre verso l'angolo interno; all'estirpazione di tumoretti di varia natura; alle pustule vajuolose; all'antrace delle palpebre; alla *blefaritide* o *blefaro-ottalmitide suppurativa*,

---

(*21) Nostro speciale scopo essendo quello di parlare solo degli ostacoli che s'oppongono all'ingresso ed al trascorrimento delle lagrime pei punti e condotti l. aventi la loro naturale giacitura e direzione, noi ommettiamo di fare qui menzione delle malattie di cui l'effetto più ordinario è quello di rimuovere i medesimi punti l. dal lago delle lagrime, quali sono l'*ectropion*, l'*entropion*, l'*exottalmia*, la *buttalmia*, l'*encantide*, il difetto (*ria*) della caruncula l. o la sua corrosione, ecc.

ecc. 2.° Da idatidi delle palpebre (*22), da calazio o orzajuolo indurato, come spesso succede nelle persone scrofolose, da tumoretti cistici, scirrosi o fungosi delle medesime palpebre da cui i punti e condotti l. sono talora nel tempo stesso compressi e sviati dalla loro direzione naturale. 3.° Dalle morbose produzioni della flogosi lenta della membrana che veste i punti e condotti l., flogosi ora primitiva, ora, ciò che è assai più frequente, propagata dalle parti circonvicine, specialmente dalla congiuntiva o dal sacco l. affetto da tumore o da fistola l., o irritato dall'operazione della fistola o dai corpi stranieri (23) che vi s'introducono dopo, ecc.; d'onde derivano membranuzze preternaturali coprenti i punti l., o adesioni, ingrossamento, infarcimento, ecc. dei contorni dei medesimi o delle pareti membranose

---

(*22) Le idatidi occorrono più spesso nei dintorni dei punti l. cui comprimono, impediendo o rendendo imperfetto l'assorbimento delle lagrime. Quest'incomodo è, secondo la mia osservazione, anzi frequente che no.

(*23) Molti Autori (Molinelli, Hunauld, Bertrandi, Richter, Boyer, Samuele Cowper, ecc.) hanno osservato che le operazioni che si eseguiscono sul sacco l. onde vincere il tumore o la fistola l., le ripetute introduzioni di corpi stranieri (tenta, schizzatojo, minugia, taste, torunde, ecc.) e le irritanti medicazioni consecutive sono alcune volte causa del ristringimento o della chiusura dei condotti l. È questa una delle cause per cui la lagrimazione continua talvolta dopo la guarigione della fistola. Quest'inconveniente doveva essere assai più frequente quando si faceva a quest'oggetto abuso di caustici attuali o potenziali, e debbe scemare a mano a mano che l'operazione della fistola l. si riduce a maggiore semplicità. Onde evitarlo Hunauld voleva già fin da' suoi tempi (Trans. filosof. dell'anno 1735) che si sbandissero le taste, torunde ed altri corpi irritanti nelle medicazioni del sacco dopo l'operazione, e vi si surrogassero le injezioni.

coprenti internamente i condotti l., a cui va congiunta la secrezione d'un umore viscido il quale contribuisce a fare ostacolo all'ingresso ed al trascorrimento delle lagrime. Dagli ostacoli della prima specie (*cicatrici*) sono compresi tanto i punti o condotti l., quanto le parti circondanti, mentre quelli della seconda (*tumoretti*) hanno particolarmente sede nelle parti circondanti, e quelli della terza (*morbose produzioni della flogosi* . . . .) nella cavità dei detti punti e condotti l. Questi ultimi sono i più frequenti e possono occorrere in qualunque luogo di quella cavità, avvegnachè s'incontrino più spesso vicino ai punti e nel termine dei condotti l. ove questi imboccano nel sacco l. sporgendo a guisa di una piccolissima ugola. Accade inoltre che essi occupino un solo punto o un solo condotto d'un lato, ovvero che abbiano nello stesso tempo sede in ambi i punti o condotti, ecc.

LXXXIV. Diverso è l'effetto degli *ostacoli congeniti* ed *accidentali* secondochè hanno sede nei punti o nei condotti l. Nel primo caso, essendo impedito l'ingresso alle lagrime nei punti l., queste si soffermano tra le palpebre di dove cadono direttamente sulle guance, rimanendo più o meno asciutta la narice da quel lato. Nel secondo caso all'opposto, potendo le lagrime introdursi nei punti l. e scorrere fino all'ostacolo dei condotti l. senza pervenire nel sacco, il loro soffermarsi tra le palpebre ed il cadere sulle guance è preceduto da ringorgo pei medesimi punti l. Sicome però, per la cortezza dei condotti l., il luogo del loro ostacolo è sempre molto vicino ai punti l., così succede che le lagrime rifluiscano tutte per questi senzachè ne conse-

guiti una grande distensione (24) di essi condotti l. o lo stato fistoloso, come succede allora quando gli ostacoli hanno sede nei canaletti escretorii della ghiandola l. (§ LXXIV) o nel canale n., della qual cosa si parlerà più avanti. Di fatto le osservazioni che si possedono di fistole dei condotti l. provano ch'esse sono sempre una conseguenza delle anzidette (§ LXXX) soluzioni di continuità, e non mai dei semplici ostacoli.

LXXXV. Si presume lo stato fistoloso dei condotti l. dalle cause antecedenti (§ LXX e seg.), e si conosce dal luogo occupato dal foro fistoloso; dal vederne uscire le lagrime o un liquido colorato, instillato fra le palpebre o injettato nel punto l.; da ciò che un piccolo specillo introdotto nel punto l. esce pel foro fistoloso, o, se non n'esce, si può con un altro specilletto facilmente toccare a traverso del medesimo foro; dallo stillicidio di tutte le lagrime sulle guance, e dalla totale asciugaggine della narice corrispondente, se ambi i condotti d'un lato sono danneggiati, oppure dalla scarsezza dello stillicidio, e da una non incomoda siccità della narice, se è leso un solo condotto l. Nei casi rarissimi (§ LXXX) in cui l'apertura morbosa dei condotti l. è prodotta da un'ulcera corrodente ad essi circoscritta, illesa la facoltà assorbente dei punti l., la medesima apertura è nascosta fra le carni dell'ul-

(*24) L'opinione di G. L. Petit che i condotti l. possano dilatarsi come il sacco l., e divenire, come questo, la sede d'un tumore l., e che la fistola possa succedere a questo tumore, come la fistola l. succede al tumore del sacco, è contraddetta dalla ragione, dall'autorità e dai fatti. Con tutto ciò non è da negarsi ch'essi possano in alcuni casi alquanto dilatarsi, come si dirà più sotto.

cera, e le lagrime ne escono per gemitio miste coll'umore purulento, producendo un'escoriazione sulle parti che irrorano.

LXXXVI. Dalla presenza delle cicatrici si conoscono gli ostacoli dei condotti l. da queste dipendenti. È però da avvertire che potrebbero coesistere una cicatrice, anche ben visibile, ma innocente, sul corso di quei condotti, ed un ostacolo d'altra natura nella loro cavità, da cui dipendesse l'impedimento al corso delle lagrime. Io vidi un caso di questa natura. Esso è meritevole di qualche attenzione per ciò che, essendo gli ostacoli dipendenti da cicatrici per lo più insanabili, potrebbe uno sbaglio nella diagnosi indurre talvolta a credere insanabile uno stillicidio il quale, considerato nella sua vera origine senza essere sedotti dall'apparente cicatrice, sarebbe forse sanabile. In tale caso si potrà talvolta trarre qualche lume diagnostico dai segni *sensibili* e *razionali* a cui si conoscono gli ostacoli dell'interna cavità dei condotti l., come si dirà ben presto.

LXXXVII. Coll'inspezione oculare facilmente si conoscono gli ostacoli congeniti o accidentali, fatti da una membranuzza che copra i punti l., o dal pelo d'un ciglio introdottosi in uno d'essi (§ LXXXII), o da una concrezione calcolosa: ma molto malagevole è la diagnosi degli ostacoli dell'interna cavità dei condotti l. Con tutto ciò si ha ragione di presumere la loro esistenza se il riflusso delle lagrime coesiste colla naturale direzione dei punti l., d'altronde aperti, anzi talvolta più larghi del solito, e collo stato di sanità del sacco l.; ovvero se, essendo questo dilatato, non rifluiscono lagrime dal punto l. mentre si fa una pressione sulla sede del medesimo sacco: se ne acquista poi la certezza se, introducendo pei punti l. una se-

tola o il sottile specillo (*25) dell'Anel, s'incontra un intoppo che arresti questi mezzi d'esplorazione. Siccome però vi sono casi in cui la membrana che riveste i condotti l., rammollata per flogosi lenta e divenuta come spugnosa e sugosa, impedisce la circolazione delle lagrime e non impedisce la penetrazione dei mezzi di esplorazione, così ne siegue che questi mezzi non siano un indizio certo degli ostacoli dei condotti l. e della loro maggiore o minore profondità, se non quando i medesimi ostacoli sono resistenti e duri. Vi è in ciò un'assoluta analogia con alcuni ostacoli così detti *spugnosi* o *fungosi* dell'uretra, i quali interrompono il corso all'orina, comechè il catetere penetri liberamente nella vescica (*26). Non potendo in tali casi conoscere l'ostacolo mediante l'esplorazione, esso si potrà fino a un certo segno conghietturare dalle cause antecedenti; dall'essere rossi, spugnosi, e talvolta alquanto dolorosi i punti l.; dall'uscirne in alcuni casi lunghi fiocchetti mucosi aventi la forma dei condotti l., e dall'essere alle volte alquanto eminente, rubiconda e duretta la regione in cui scorrono essi condotti l. Questa durezza della regione dei condotti è maggiore, ma più circoscritta, se l'ostacolo è formato da una concrezione calcolosa (§ LXXXII) annidata nella cavità dei medesimi. Per altra

---

(*25) Succede alcune volte che nell'atto di quest'operazione il condotto l. si chiuda spasmodicamente ed impedisca l'introduzione dello stromento. Questo spasmo suole però cessare in un momento.

(*26) Parlando degli ostacoli delle vie l. io mi servirò frequentemente del paragone dedotto dagli ostacoli delle vie delle orine, perciocchè vi è per più rapporti molta analogia tra gli uni e gli altri.

parte sarà in tal caso cosa facile il toccare quella concrezione collo specillo introdotto pei punti l.

LXXXVIII. Allora quando dalla presenza di tumoretti nei dintorni dei punti e condotti l. si ha ragione di presumere ch'essi siano la causa degli ostacoli (§ LXXXIII), succede talvolta che il sottile specillo dell'Anel penetri fino nel sacco, e tal altra ch'esso non vi possa penetrare, perchè i condotti l. sono schiacciati o alquanto sviati dalla loro direzione. Il facile penetrare dello specillo non è una prova certa che gli ostacoli non dipendano dai detti tumoretti, potendo questi schiacciare in modo i condotti l. da impedire la circolazione delle lagrime, e non il passaggio d'un corpo sodo (27). Dall'altra parte l'impedito passaggio dello specillo pei condotti l. nel caso in cui essi sono circondati da un piccolo tumore, non è pure una prova indubitabile che gli ostacoli dipendano da questo, potendo ostacoli dei condotti l. coesistere con un tumoretto, dare luogo al ringorgo delle lagrime ed impedire il passaggio dello specillo anche dopo che esso tumoretto è vuotato, come mi è succeduto di osservare.

(*27) Io ho avuto occasione di osservare questo fatto in una persona affetta da tumoretto cistico situato nella faccia interna della palpebra inferiore sinistra vicino all'angolo maggiore dell'occhio. In essa lo specillo penetrava liberamente pel corrispondente condotto l., eppure vi era ringolfo delle lagrime il quale cessò dopo che ebbi vuotato il tumoretto mediante un'incisione È questa una prova chiara che nel caso da me osservato l'ostacolo al trascorrimento delle lagrime dipendeva dalla pressione fatta dal tumoretto, comechè quella pressione non bastasse a impedire il passaggio dello specillo: a un di presso come accade in alcuni ostacoli dell'uretra dipendenti da ingrossamento prostatico da cui è impedito il passaggio delle orine, mentre è sovente facile l'introduzione del catetere.

Conchiudasi dunque che, sebbene, nei casi in cui il ringolfo delle lagrime coesiste con un tumoretto nei dintorni dei condotti l., vi sia ragione di presumere che questo sia la causa di quello, la cosa non è però sempre così, e che la diagnosi di questa maniera di ostacoli è talvolta molto intrigata.

LXXXIX. Nulla io posso dire di positivo intorno ai mezzi curativi delle fistole dei condotti l. dipendenti da lesione traumatica (che Travers appoggiato alla propria sperienza crede insanabili), giacchè le due persone sopra citate (§ LXXX) le quali ne erano affette, poco infastidite del loro incomodo, non vollero sottoporsi ad alcuna cura. Se vi si fossero assoggettate era mia intenzione di dilatare alquanto con uno specillo il foro fistoloso, e quindi di cauterizzarne i margini con un pezzuolo di nitrato d'argento bene aguzzo, onde destarvi una vegetazione carnosa capace o di chiuderlo, come spesso si pratica con successo nelle fistole retto-uretrali e in altre, o di turare la cavità del condotto affetto, surrogando in tal guisa allo stillicidio delle lagrime pel foro fistoloso un incomodo minore cioè il semplice loro ringorgo pel punto l.: nè altro più utile effetto dovevasi sperare in uno di quei casi, giacchè era già chiusa (Annot. 20) la porzione del condotto l. posta di là del foro fistoloso, cioè tra esso ed il sacco (*28).

(*28) Per ogni verso vano sarebbe forse stato il tentativo. Ad ogni modo però pago io di avere infino esposte le mie conghietture al giovine Chirurgo intorno a casi non ancora abbastanza illuminati dall'osservazione, tralascio questo argomento con richiamare alla sua memoria che uno dei casi sopra citati, quello cioè in cui la fistola era succeduta a un'operazione chirurgica, prova all'evidenza quanto egli

XC. L'unico mezzo di guarire le morbose aperture dei condotti l. consecutive alle ulcere cancerose o erpetico-cancerose, ecc. consiste nel curare queste ulcere con opportuni rimedii, specialmente colla cauterizzazione. Se non che accade quasi sempre che, per effetto dell'azione dei caustici o della natura corrodente del morbo, quei condotti nel cicatrizzarsi rimangano chiusi o sviati in un coi punti l. dalla naturale loro direzione, o altrimenti lesi in modo che perduto vada il loro uso.

XCI. Si riparerà agli ostacoli che risultano da corpi stranieri introdotti o formatisi nei punti o nei condotti l., mediante la loro estrazione, come si riparerà a quelli che derivano da tumoretti posti sul corso dei condotti l. coll'estirpazione, colla puntura o con quell'altro mezzo che è richiesto dalla particolare indicazione.

XCII. Qualora l'ostruzione dei punti o condotti l. succede a una lenta flogosi con ispugnosità ed ingrossamento di tonache e talvolta eziandio con addensamento di muco morbosamente separato, senza che abbia ancora avuto luogo l'aderenza delle parti, vi si può d'ordinario rimediare ora coi mezzi antiflogistici locali, ora cogli astringenti, ora coi revulsivi, ecc. (29), secondo

---

debba essere cauto nel praticare operazioni in quelle sedi del corpo, e che, non avendo la certezza di potere operare senza ledere i punti o i condotti l., egli debbe astenersi da ogni operazione, salvi i casi in cui la lesione di queste parti fosse per riescire all'ammalato un piccolo sacrifizio in paragone delle gravi conseguenze che potrebbero derivare dalla malattia che induce il bisogno d'operare.

(*29) Io ho fin qui ommesso a disegno di parlare delle cause interne di varii ostacoli dei punti e condotti l., e del modo di rimediarvi, ed ommetto pure ora di dire in un modo circostanziato dello stato flogistico lento di queste parti, del rammollamento della membrana

la varia indicazione; e, non essendo questa cura sufficiente, sarà ancora possibile d'ottenere che le vie naturali diventino di nuovo permeabili ricorrendo agli artifizj dell'Anel cioè alla tenta ed alle injezioni (Oss. XII. e XIII).

XCIII. Quando i punti l. sono chiusi da una sola pellicella superficiale congenita o accidentale, si potrebbero forse sturare perforando quella pellicella con un ago o con una piccola tenta acuta, e mantenendola poi aperta colle injezioni mollitive, astringenti, ecc. secondo il caso, o col frequente passaggio del piccolo specillo d'Anel, o forse ancora coll'inserirvi dentro una piccola setola, unta prima con butirro, con olio di torlo d'uova e simili, se pure è cosa possibile il mantenerla in sito. Ma in tale caso il Pratico dovrà rimanere nel dubbio se i detti punti l. siano per conservare o no dopo l'operazione la loro attiva facoltà succhiante.

XCIV. Allorchè l'ostacolo dei condotti l. ha sede nella loro estremità corrispondente al sacco, dove essi alcune volte si riuniscono prima d'imboccare in questo, si dovrà procurare di vincerlo portandovi contro con qualche forza il sottile specillo d'Anel o una tenta di piombo. Questa pratica sortì buon effetto in alcuni casi riferiti da Petit e Travers, in cui l'ostacolo era fatto quando da una membranuzza di nuova formazione, quando da

---

che le copre e dei diversi rimedj antiflogistici, astringenti o d'altra natura, idonei a vincere queste ultime condizioni morbose; perciocchè dovrò trattare alla distesa di siffatti argomenti parlando fra poco delle malattie del sacco l. e del canale n., colle quali quelle dei punti e condotti l. hanno per questi rapporti molta analogia.

una mutua aderenza delle pareti, però per un piccolo tratto.

XCV. Impotente è l'arte ed insanabile lo stillicidio delle lagrime quando gli ostacoli dipendono dalla mancanza congenita dei punti o condotti l.: quando i medesimi punti o un gran tratto dei condotti sono chiusi in un modo congenito o accidentale da un tessuto non sottile e membranoso, ma sodo: quando in fine i detti ostacoli sono formati da cicatrici, specialmente se queste sono estese, inveterate e con perdita di sostanza (*30).

(*30) Alcuni mezzi operativi sono stati proposti in tali casi, ma tutti inutilmente. Essendo p. es. chiusi i soli punti l., nè potendo essi con alcun altro artifizio essere sturati, alcuni hanno proposto d'aprirne altri più in dietro della propria loro sede naturale. Ma problematico sarebbe il modo con cui si potrebbero conservare, quand'anche si avesse la fortuna d'incontrare la naturale cavità dei condotti l. in simile caso sempre strettissimi, se pure essi conservassero ancora alcuna cavità, della quale cosa si può dubitare.

Parimente nello scopo di vincere gli ostacoli, altrimenti invincibili, dei punti o condotti l. o d'ambe queste parti nello stesso tempo, ovvero di riparare ai loro nocevoli effetti, sono state proposte due altre pratiche operative, di cui l'una ha per iscopo il ristabilimento dei medesimi punti e condotti l., mentre l'altra consiste nel formare una via artificiale capace di condurre le lagrime nel sacco, in quei casi particolarmente in cui s'incontrassero grandi difficoltà a ripristinare essi punti e condotti l. La prima pratica di cui Alessandro Monro è l'autore, consiste nell'aprire il sacco l., e quindi nel forare il sito del turato punto l. con un piccolo ago rotondo, curvo ed infilato d'un filo di seta incerato, che si farà penetrare nel sacco secondo la direzione del condotto, di dove sarà estratto lasciando il filo in sito a guisa di setone. Si è creduto che il filo potesse rendere calloso quel condotto e che il successivo passaggio delle lagrime bastasse per mantenerlo aperto. Fin qui però quest'operazione, assai difficile e dolorosa, non fu forse mai praticata una sola volta con successo, perchè, tolto il setone, la nuova via tende subito a chiu-

XCVI. È cosa inutile lo avvertire che, quando gli ostacoli dei punti o condotti l. sono dipendenti o fomentati da una malattia del sacco l. o del canale n., la prima indicazione è di combattere questa malattia. E se ciò non ostante essi continuassero, si dovranno poi attaccare con quelli dei fin qui detti mezzi i quali saranno meglio adattati al caso.

XCVII. Il corso delle lagrime pei punti e condotti l. può ancora essere impedito per altre cagioni (oltre alle fin qui menzionate) delle quali io stimo a proposito di dire qualche cosa alla sfuggita onde dilucidare sempre meglio lo stato morboso di quelle parti. Queste cagioni sono l'*infiammazione acuta*, lo *spasmo*, l'*atonia* sola o congiunta con morbosa *dilatazione*.

XCVIII. È cosa frequente l'osservare impedito il passaggio delle lagrime pei punti e condotti l. ed il loro stillicidio sulle guance, in seguito ad *infiammazione acuta* semplice, o reumatica, celtica, impetiginosa, ecc. di quelle parti, quando primitiva, quando, ciò che è di gran lunga più

---

dersi, e, nella supposizione che rimanesse aperta, essa non sarebbe d'alcun uso per ciò che non avrebbe le condizioni organico-vitali proprie delle vie naturali, per cui esse assorbono in una maniera attiva le lagrime.

L'altra pratica operativa consiste nel fare un'incisione di tre o quattro linee al sacco l. tra la palpebra inferiore ed il bulbo dell'occhio al lato esterno della caruncula l., e di mantenere dilatata quest'apertura, con una piccola tenta incerata, fino a che essa non sia diventata callosa. Quest'operazione, più facile e meno dolorosa dell'antecedente, non è pure stata finora d'alcun'utile applicazione pratica; e si è osservato che, tolta la tenta, la via artificiale tosto si chiude (come è succeduto in un caso narrato da Pouteau), e, dove pure essa continuasse a rimanere aperta, è opinione di tutti i migliori Pratici che le lagrime avrebbero uguale tendenza di prima a stillare sulle guance, come si dirà più innanzi.

frequente, diffusa dalla congiuntiva, dalla schneideriana o dalle parti circondanti (come succede nella *blefaritide*, *blefaro-ottalmitide*, *rinitide*, *ankilope infiammatoria*, *ecc.*). In tal caso i punti l. si restringono e diventano ora tumidetti e più sporgenti, ora più infossati del naturale, sempre poi coperti d'un colore rosso o rossigno nella superficie interna del loro orlo: la porzione della palpebra in cui scorrono i condotti è duretta, un po' tumida, talvolta coperta d'una striscia rossa, e sono nello stesso tempo più o meno imporporate e turgenti le parti circonvicine, tanto più se da esse muove la flogosi. Siffatto stato morboso esige da prima il metodo antiflogistico comune, e quindi, se coesistono cause speciali, debbono queste essere combattute a norma del caso. In tal guisa esso cessa d'ordinario senza dare luogo ad alcun permanente disturbo nell'escrezione delle lagrime. Ma, essendo negletto o esacerbato con inconveniente cura, può terminarsi in una flogosi cronica, di cui sonosi dette sopra le morbose conseguenze ed il modo di ripararvi.

XCIX. I punti e condotti l. impediscono talvolta il passaggio delle lagrime chiudendosi per *ispasmo*. Io vidi a questo proposito due donne dilicatissime e dotate di temperamento nervoso, nelle quali in occasione d'accessi spasmodici a cui andavano da lunga pezza soggette, cadevano le lagrime sulle guance e diventavano asciutte le narici, nel mentre che i punti l. si vedevano ristretti e più sporgenti del naturale, e ciò senza pianto e senza che fossero da alcuna malattia affette le vie escretorie delle lagrime (*31). E sono stato più

(*31) La facoltà di contrarsi e turgere di cui sono dotati i punti e condotti l., è una conseguenza della loro organizzazione,

volte convinto dal fatto che tanto la lagrimazione a cui molte persone vanno soggette dopo gravi patemi d'animo, o nell'esporsi di buon mattino all'impressione della luce e dell'aria fredda, ecc., quanto quella che accade nel corso di molti morbi nervosi abituali, febbrili, ecc., non sono sempre da attribuirsi al solo aumento della secrezione delle lagrime, ma che d'ordinario vi ha molta parte la spasmodica chiusura dei punti e forse anche dei condotti l. Ma soprattutto frequente è lo *spasmo* di queste parti nel corso delle flogosi lente delle vie l. con o senza ostacoli, ed in quello delle irritazioni o flogosi acute o croniche degli occhi, in ispecie delle loro membrane interne colle quali i punti e condotti l. hanno un massimo consenso.

C. Nello *spasmo* di cui si parla la secrezione delle lagrime è ora aumentata ed ora no. Succede talvolta, specialmente nelle persone molto sensibili, che, per la medesima causa, s'aumenti la secrezione delle lagrime, ed entrino in ispasmo i punti e forse i condotti l. opponendosi momentaneamente all'ingresso ed al trascorrimento delle lagrime; in quella guisa che si vede talora una spasmodica irritazione dei nervi delle vie orinarie eccitare nello stesso tempo un'abbondante secre-

---

ed è dimostrata da più fatti desunti dallo stato sano. Queste parti sono circondate da un tessuto fibro-celluloso alquanto *erettile* (Laurent): oltracciò i condotti l. sono ancora in particolare modo coperti nel davanti da alcune fibre del muscolo orbicolare delle palpebre, a cui aderiscono così intimamente che si prova qualche difficoltà a distaccarnele. È per altra parte conosciuta la facoltà che i punti l. hanno di contrarsi e chiudersi al contatto d'uno specillo, di allungarsi quando le palpebre sono chiuse, e di ritirarsi ed accorciarsi, essendo queste aperte.

zione delle orine ed una spasmodica contrazione dello sfintere della vescica che ne impedisce l'uscita.

CI. Nell'ora detto stato di *spasmo* dei punti e condotti l. havvi lo stillicidio delle lagrime, maggiore, se è nello stesso tempo aumentata la secrezione di queste, ed all'opposto: i medesimi punti l. sono chiusi, duretti, più elevati del naturale e pallidi, salvo che non vi sia contemporanea flogosi: sono d'ordinario prese a un tempo da *spasmo* le parti carnose circondanti l'occhio, specialmente il muscolo orbicolare, e sovente coesiste una nervosa irritazione generale caratterizzata da orine limpide ed abbondanti, da orinazione frequente, da brividi, da stiramento dei membri, da copiosa salivazione, da melancolia, da irascibilità, da polso piccolo e frequente, ecc.

CII. Lo *spasmo* dei punti e condotti l., oltre all'essere di poco momento, cessa d'ordinario di per sè in breve tempo. Servono però a dissiparlo più presto, ogni volta che esso non è generato da un flogistico lavoro, i così detti rimedj antispasmodici, l'applicazione delle cose mollitive o oppiate, o di panni lini moderatamente caldi sulle palpebre, ecc. Del rimanente si potrà impedirne il ritorno col vincere ora la soverchia irritabilità del sistema nervoso, ora le malattie delle vie escretorie delle lagrime o delle parti profonde dell'occhio, che ne sono le più frequenti cagioni.

CIII. L'*atonia* dei punti e condotti l. ora è congiunta colla loro morbosa *dilatazione* ed ora no. La sola *atonia* può avere luogo senza ostacoli in essi condotti l., nel sacco o nel canale n.; laddove l'*atonia* con notabile dilatazione è sempre dipendente da questi

ostacoli (*32). Essendo nell'*atonia* diminuita o perduta la facoltà contrattile dei soli punti, o di questi e dei condotti l., rimane impedito l'assorbimento delle lagrime ed il loro trascorrimento verso il sacco, epperciò ne deriva una maggiore o minore aridità delle narici. Oltracciò i punti l. sono, nello stato d'*atonia*, aperti, molli, flosci, nè si contraggono ancorachè toccati da uno stimolo meccanico: essi sono altresì pallidi, salvochè siavi a un tempo una cronica flogosi palpebrale. Non è impedito il passaggio del sottile specillo Anelliano nel naso, se non coesistono ostacoli, ed all'opposto.

CIV. L'*atonia* con o senza *dilatazione* succede comunemente all'*ankilope infiammatoria*; alla *blefaro* o *ottalmo-blennorrea* inveterata; al prolungato ringorgo delle lagrime prodotto da ostacoli; alle violente contusioni delle palpebre; alle malattie di lungo corso nelle persone cachetiche, scrofolose, estenuate nelle forze ed aventi le palpebre flosce e tumidette; alla debolezza o paralisi del muscolo orbicolare, come spesso succede nei vecchi in cui occorre d'ordinario a un tempo una molle gonfiezza nella regione del sacco l., ecc.

CV. Alcune volte l'*atonia* svanisce col tempo e col soccorso d'un vitto corroborante. Ciò non succedendo, converrà ricorrere all'uso esterno d'una soluzione di solfato d'allumina, di zinco, di ferro, di pietra divina, di borace, ecc. nell'acqua distillata di fontana coll'aggiunta d'un po' d'alcoole canforato e di tintura d'oppio. È pure

---

(*32) Morgagni cita un caso in cui i punti e condotti l. avevano acquistato una dilatazione due volte maggiore della naturale, mentre il sacco l. ed il canale n. si erano convertiti in un tessuto duro come una cordicella.

giovevole la pomata del Janin. In un caso io vidi utile la calorificazione graduata e più volte ripetuta. Debbonsi nello stesso tempo raccomandare alimenti nutritivi e di facile digestione, ed alcuni rimedj corroboranti interni, ove però non vi sia alcuna particolare controindicazione. Non è necessario di dire che, prima di mettere in pratica questo metodo curativo, è uopo di disturare le vie escretorie delle lagrime, se esse sono impedite da ostacoli. Con questi mezzi spesso si vince l'*atonia*, anche accompagnata da *dilatazione*. In alcuni casi però essa resiste ad ogni soccorso dell'Arte, e ciò principalmente nelle persone attempate o cachetiche, e quando è congiunta colla paralisi delle altre parti circondanti l'occhio, o è l'effetto d'ostacoli invincibili.

CVI. Di gran lunga più numerosi dei fin qui detti sono i morbosi impedimenti che le lagrime provano nel loro corso pel sacco l. e soprattutto pel canale n. Questi impedimenti dipendono pure tutti da *soluzioni di continuo* e da *ostacoli*.

CVII. Le soluzioni di continuo sono o *cruente* o *ulcerative*. Si debbono riferire alle prime i casi di ferite accidentali o superstiti all'estirpazione d'un tumore e penetranti nel sacco l.; ed alle ultime quelli molto più numerosi di corrosione della parete anteriore dello stesso sacco per cagione d'una scottatura, d'una cancrena, dell'antrace, d'un'ulcera cancerosa, erpetico-cancerosa, venerea, d'un'*ankilope* infiammatorio-suppurativa (33), ecc. In tutti questi casi la soluzione

---

(33) Ogni qualunque tumore dell'angolo interno dell'occhio, fuori del sacco l., era dagli Antichi chiamato *ankilope*, la quale era distinta in varie specie, cioè *ankilope scirrosa*, *cistica*, *serosa*, *tu-*

di continuità ha luogo dalla parte esterna verso l'interna.

CVIII. Gli ostacoli del sacco l. e canale n. sono

---

fosa, *infiammatoria* e *suppurativa*. Alcuni anzi chiamavano *ankilope lagrimale* l'intumescenza del sacco l. prodotta da lagrime o da muco in esso ristagnanti (tumore l.). Noi diremo qualche cosa alla sfuggita dell'*ankilope infiammatoria* e *suppurativa*, perchè vi è tuttora qualche controversia intorno alla parte che essa ha nel generare la *fistola l.*, lasciando in disparte le altre specie d'*ankilope* le quali non concernono direttamente al nostro argomento.

L'*ankilope infiammatoria* occorre spesso nelle persone di pelle assai dilicata e sensibile che s'espongono all'aria fredda, specialmente dopo un dirotto pianto, e può pure trarre la sua origine dalle stesse cause che generano la *blefaro-ottalmitide* risipelatosa o flemmonosa. Essa si può distinguere in due periodi. Nel primo offre tutti i segni caratteristici della risipola semplice delle palpebre su cui per lo più si diffonde. Ne sono affetti i punti e condotti l., epperciò rimane tutto o in gran parte impedito l'assorbimento ed il passaggio delle lagrime nel sacco l. Se la malattia non si diffonde al sacco, il tumore del grand'angolo dell'occhio è uguale e non gran che duro. Ma se vi si diffonde, come spesso succede pel corso stesso della malattia, o perchè si trascuri il caso, o si curi da principio con rimedj stimolanti, si sente allora nella parte che corrisponde al sacco un tumoretto duro, dolente, circoscritto, della forma d'una fava, anche manifesto per la sua apparenza più rossa, il quale risulta dall'infiammazione di esso sacco (*dacryocistitide*), specialmente della sua parete anteriore. In tale stato i punti l. si ritirano e rimangono affatto chiusi; massima è perciò la lagrimazione, e le narici diventano asciutte ed assai sensibili.

Nel secondo periodo, se la flogosi non fu forte nè diffusa alle vie l., l'assorbimento delle lagrime ricomincia e presto si ristabilisce; nel caso contrario la lagrimazione continua non solamente durante tutto questo periodo, ma anche per lunga pezza dopo e talvolta per sempre, se rimangono molto danneggiati i punti o condotti l. La caruncula l. e le parti più vicine separano una così abbondante quantità di muco che ne rimangono tutte coperte. Ha pure spesso luogo una morbosa secrezione di muco nel sacco l., il quale muco colla pressione rigurgita per l'ordinario dai punti l. o fluisce

congeniti o *accidentali*. In quanto ai primi, si possedono alcuni, però rari esempj, di persone nate senza sacco l. e canale n.: d'altre col sacco piccolissimo;

---

nel naso; ma talvolta, essendo ancora queste parti troppo tumide, non può essere evacuato nè dall'una nè dall'altra banda. Frattanto il tessuto celluloso suppura e rimane talvolta anche in parte distrutto; la pelle s'assottiglia e poi scoppia alcune volte con parecchie aperture; il sacco ora si chiude (Kenzie), il che è raro, ora rimane corroso ed ora ritiene un tal quale grado d'infiammazione con blennorrea, la quale, facendosi col tempo cronica, può più tardi generare ostacoli permanenti al corso delle lagrime. L'anzidetta ulcerazione del sacco è da Beer chiamata *fistola l. falsa* per ciò che non ha luogo dal di dentro all'in fuori come nei casi ordinarii, ma bensì dal di fuori all'indentro.

Favorevolissimo è il pronostico dell'*ankilope* infiammatoria, se essa non è stata trascurata o mal curata nel suo primo periodo, se l'infiammazione non si è estesa al sacco l., o se, formandosi un ascesso, questo è circoscritto ai primi strati del tessuto celluloso; perciocchè, dopo cessata l'infiammazione e la suppurazione, non rimane d'ordinario altro incomodo fuorchè il passaggio imperfetto delle lagrime nel naso, e quindi un leggero stillicidio, di rado permanente, delle medesime sulle guance, il quale è maggiore quando il tempo è freddo ed umido. Il pronostico è poi assai meno favorevole quando il sacco partecipa dell'infiammazione e si fa una suppurazione profonda, giacchè in tal caso può esso sacco rimanere chiuso o ulcerato o affetto da blennorrea cronica, e talvolta il pus si diffonde cotanto all'intorno da guastare ed anche da distruggere i condotti l., e da produrre una lagrimazione insanabile.

Alcuni, riflettendo che è legge generale della flogosi semplice o suppurativa di diffondersi verso la superficie del corpo e non d'internarsi, credono che l'*ankilope* infiammatorio-suppurativa non possa generare la corrosione del sacco l. È opinione d'alcuni altri che l'*ankilope* non generi la corrosione del sacco l. e la fistola, se non quando è dipendente dalla *dacryocistitide*, e che, ciò essendo, la corrosione del sacco e la fistola non siano da reputarsi come un effetto dell'*ankilope*, ma bensì della malattia primitiva e propria del medesimo sacco. All'appoggio di quest'ultima opinione s'aggiunge che negli ascessi d'altre parti del corpo dove il pus si raccoglie tra la

d'altre colla chiusura totale di queste parti; d'altre in cui si incontrò un tramezzo orizzontale verso l'orifizio inferiore del canale nasale, il quale tramezzo era ora perfettamente chiuso, ed ora offriva

---

cute e qualche membrana fibrosa, questo si fa per l'ordinario strada da per sè al di fuori, lasciando illesa la sottoposta membrana.

Queste opinioni non s'accordano però colla ragione e coll'analogia e sono contraddette dal fatto. Il tessuto celluloso che vi è tra il sacco l. e la cute è come diviso in due piani dall'aponeurosi che copre esso sacco, cioè uno superficiale che è tra la cute e l'aponeurosi, e l'altro profondo fatto da una cellulosa tenera, molliccia e rosseggiante, il quale giace tra essa aponeurosi e il detto sacco. Se l'infiammazione suppurativa ha la sua principale sede nel primo piano circoscritto posteriormente dall'aponeurosi, è cosa naturale ch'essa si diffonda verso la cute anzichè internarsi: ma ben diversa è la cosa se essa ha sede nel piano profondo. In questo caso l'infiammazione suppurativa più o meno frenata nella parte anteriore dall'aponeurosi, ha maggiore tendenza a diffondersi al sacco a cui è più vicina, ed anche ad ulcerarlo. Per altra parte è vero che quel tessuto celluloso essendo coperto da due membrane di *relazione* (la cute e la membrana mucosa del sacco), riceve per lo più le sue malattie dall'una o dall'altra di esse, più particolarmente da quella che riveste il sacco: è pure vero che nella maggior parte dei casi la sua flogosi suppurativa è l'effetto e non la causa della flogosi e dell'ulcerazione del sacco. Ma è nel tempo stesso cosa contraria alla ragione il credere che le opposte condizioni non possano accadere mai, e che, mentre la membrana mucosa dell'esofago, della bocca, dell'intestino retto, dell'uretra, ecc. va soggetta all'ulcerazione per una primitiva flogosi suppurativa del tessuto celluloso circondante, il solo sacco l. debba in simili circostanze di cose andarne immune: oltrecchè s'incontrano qua e là negli Annali dell'Arte alcuni fatti registrati da Pratici imparziali e veridici, i quali provano che talvolta il sacco l., prima illeso, rimane corroso nel corso d'un'*ankilope* infiammatorio-suppurativa.

Conchiudasi dunque che, sebbene l'*ankilope* infiammatorio-suppurativa sia il più sovente l'effetto della flogosi diffusa dal sacco l., essa è però talvolta una malattia primitiva capace di generare la flogosi ed anche l'ulcerazione del medesimo sacco.

un piccolo foro nel centro o nella circonferenza; di altre in fine in cui la doccia l. o il canale n. osseo o entrambe queste parti erano ristrette o schiacciate o angolose per una viziosa forma congenita d'alcune delle ossa che le compongono. Questi ultimi difetti di struttura sono frequenti in quelli i quali hanno dalla nascita molto depressa la radice del naso. In alcuni casi si è veduta la *conca* inferiore toccare quasi colla sua faccia esterna l'osso mascellare, e col suo margine inferiore il piano delle fosse n. Taillefer riferisce d'aver veduto una valvula la quale aderiva in alto al disotto della doccia l. in quello spazio che separa l'osso unguis dall'osso mascellare. Essa era lunga due linee e si terminava in due o tre piccoli tendini i quali s'inserivano in quella parte della membrana mucosa che corrisponde all'incavatura dell'osso mascellare. Fra questi ostacoli congeniti alcuni, come ben si vede, impediscono del tutto la discesa delle lagrime nel naso, mentre altri la rendono soltanto difficile e predispongono le vie l. ad ulteriori ostacoli accidentali.

CIX. Gli *ostacoli accidentali* o dipendono da un corpo straniero introdottosi nelle vie l. dal di fuori o in esse formatosi; o sono la conseguenza d'un cangiamento nella forma anatomica della doccia l. o delle pareti ossee del canale n., indotto da una causa traumatica; ovvero sono prodotti da un vizio organico delle vie l. o delle parti circostanti.

Ai primi sono da riferirsi alcuni rarissimi casi registrati negli Annali dell'Arte, di corpi stranieri, come un pezzuolo di vetro, di sterpo, la punta spezzata di un piccolo stromento acuto, un calcoletto (Sandifort, Callisen, Krimer ed altri), annidati nelle vie l., dove erano penetrati per una soluzione di continuità del

sacco, chiusasi dappoi, o in cui si erano primitivamente formati È cosa inutile il dire che, se la morbosa via per cui il corpo straniero penetra nel sacco infistolisce in vece di chiudersi, sì fatta fistola si forma pure dal di fuori all'indentro e non al contrario.

Tra i secondi testè citati ostacoli accidentali è particolarmente da annoverarsi quello che dipende dalla viziosa forma delle pareti ossee della doccia l. o del canale n., risultante da una frattura con depressione delle ossa del naso e dell'apofisi verticale dell'osso mascellare.

In fine fra gli *ostacoli accidentali* dipendenti da vizio organico alcuni sono proprj del sacco l. e del canale n., mentre altri dipendono da una lesione organica del tubo osseo entro cui queste parti sono collocate, ovvero da malattie delle parti circondanti. Per evitare le circonlocuzioni noi chiameremo i primi ostacoli *entrolagrimali* ed *estralagrimali* gli altri.

CX. Gli *ostacoli organici accidentali estralagrimali* sono sempre la conseguenza d'una flogosi lenta, ora speciale ora no. Ad essi spettano i polipi di varia natura e i funghi del seno mascellare e del naso; l'ozena; le ulcere cancerose o fungose delle fosse nasali o altre d'indole meno maligna, come le erpetiche, le celtiche, ecc.; le esostosi delle ossa circondanti le vie l.: la carie di queste medesime ossa (36): ecc.

---

(34) Accade, non però così sovente come si credeva negli antichi tempi, che le malattie del sacco l. e del canale n. siano accompagnate da scopertura, carie o necrosi delle ossa circondanti. Fra queste ossa quelle che vi vanno più soggette sono l'*unguis* ed il *ma-*

CXI. Questi *ostacoli organici estralagrimali* e gli altri *ostacoli accidentali* pur ora mentovati i quali dipendono da corpi stranieri o dalla viziosa forma anato-

---

scellare nella sua *apofisi verticale*, quello però più frequentemente di questo. La carie di cui noi ci intratterremo ora più particolarmente, è più frequente della necrosi. Le sue cause più ordinarie muovono dalle affezioni celtiche e scrofolose. Talvolta essa occorre sino da principio nelle ossa le quali cingono immediatamente le vie l., di dove in alcuni casi si diffonde verso le fosse n. per le pareti ossee del canale n., o verso il tessuto spongioso dell'osso etmoide, e tal altra la sua origine ed il suo andamento hanno luogo in un ordine inverso. Il primo modo d'origine e di diffusione succede d'ordinario quando la carie è dipendente da causa scrofolosa, mentre l'altro modo ha per lo più luogo allora quando è l'effetto d'una causa celtica.

La carie o, per meglio dire, il morboso lavorio organico-vitale producitore della carie, estendendosi alle vie l., vi genera una flogosi cronica con inzuppamento ed ulceramento; d'onde derivano l'ostruzione di quelle vie, e poi il tumore e la fistola l. Ma qui sorge una quistione fra Pratici d'uguale merito, cioè se, coesistendo le ora dette malattie delle vie l. colla carie, l'anteriorità d'origine spetti a questa oppure a quelle, credendo alcuni la carie essere sempre un effetto di queste malattie, mentre altri, calcando le orme di molti fra gli Antichi, sostengono una contraria opinione.

La ragione, l'analogia ed il fatto dimostrano però che la verità sta fra questi due estremi. E vaglia il vero, non si può credere che la carie sia sempre un effetto della lesione delle vie l. se si riflette che le sue cause più frequenti (vizio scrofoloso o celtico) sono appunto della natura di quelle le quali agiscono spesso sulle ossa e sui tessuti fibrosi; e se si riflette altresì che essa carie è evidentemente primitiva nei casi in cui, in vece di manifestarsi da principio nelle pareti ossee circondanti il sacco l. e il canale n. e disordinare subito le funzioni di queste parti, si manifesta in un luogo da esse alquanto discosto, e poi gradatamente vi si diffonde. In quest'ultimo caso così tardivo è il disordine delle vie l. che non può nascere alcun dubbio sull'anteriorità d'origine della carie.

Nè si può ammettere che la carie preceda sempre l'alterazione

mica delle pareti ossee delle vie l. per cagione traumatica, non agiscono tutti nello stesso modo, ma alcuni ristringono o chiudono meccanicamente il sacco l. o il canale n. (fratture con depressione e corpi stranieri): altri danneggiano queste parti schiacciandone o rammollandone le pareti ossee di cui promuovono sovente l'assorbimento ulcerativo (esostosi, polipi carnosi e funghi dei seni mascellari e delle fosse n.): altri turano meccanicamente l'estremità inferiore del

---

delle vie l., come la pensano alcuni appoggiati a questa principale ragione che, siccome s'osserva per lo più nelle altre ulcere cariose dipendenti dal vizio celtico o scrofoloso la carie precedere la distruzione delle parti molli, così pure debba la carie delle ossa circondanti le vie l. precedere la loro alterazione, come quella che trae altresì la sua più frequente origine da vizio celtico o scrofoloso. Non si può, ripetiamo, ammettere quest'opinione, perchè, sebbene la causa scrofolosa o la celtica agiscano di preferenza sulle pareti ossee delle vie l. e sul periostio che le copre, non perciò le loro parti molli vanno sempre esenti dai primitivi attacchi di quelle cause, nè sono cotanto rari i casi di tumore o fistola l. d'origine celtica o scrofolosa senza lesione delle ossa circondanti. Vero è però che in tali casi la malattia delle parti molli delle vie l. ha una tendenza molto maggiore che nei casi ordinarii a diffondersi alle parti dure; a un di presso come occorre in molte ulcere scrofolose o celtiche d'altre parti (della cavità n., delle fauci, ecc.), le quali, nate nella membrana mucosa, tendono per l'ordinario a progredire più o meno presto verso le ossa sottoposte e generarvi la carie.

Se poi, fatta astrazione dalle cause speciali della carie e delle malattie delle vie l. fin qui dette, si considerano queste ultime come dipendenti dalle cause comuni ed in persone di buona costituzione, si debbe certamente ammettere ch'esse traggono dopo di sè molto più raramente la carie, ma non si può neppure negare ch'esse non la producano mai. Non debbe in fatti recare maraviglia che la flogosi lenta la quale è il fonte ordinario di quelle malattie, diffondendosi per lungo tempo dalle pareti molli sulle pareti ossee, ne generi alla fin fine in alcuni casi il rammollamento e l'ulcerazione o la carie.

canale n. (polipi benigni delle fosse n.) : altri (ozena o ulcere d'altra natura) deformano questa estremità inducendo callosità, briglie, cicatrici o carni fungose intorno ad essa sola o anche dentro il canale n., più o meno all'insù, secondochè rimangono circoscritti alla cavità n. o da questa si diffondono nel canale n. Quasi tutti poi rendono le vie l. più o meno presto partecipi dello stato flogistico lento da cui traggono la loro origine ed il loro incremento, d'onde (lasciando in disparte ogni altra maniera d'azione) possono risultare ostacoli *entrolagrimali* indipendenti dagli ostacoli *estralagrimali* che ne sono la causa prima, ed esigenti una cura particolare anche dopo il rimovimento di questi ultimi.

CXII. Gli ostacoli *organici accidentali entrolagrimali* essendo a grandissima pezza i più frequenti meritano una più diligente e minuta disamina. Essi non sono un morbo primitivo, ma un morbo dipendente ed accompagnato da infiammazione lenta del sacco l. e del canale n., la quale di quando in quando ribalza e si rende *acuta*. Oltre a questa maniera di flogosi *acuta* del sacco l. e del canale n. che si può chiamare *secondaria*, queste parti vanno pure soggette a una flogosi *acuta primitiva*, non preceduta da alcuna lenta flogosi o ostruzione di quelle parti. Notabile è però la differenza che passa tra queste due maniere di flogosi *acuta*, meno nel loro andamento che nelle conseguenze, giacchè la flogosi *acuta secondaria* è d'ordinario irresolvibile, e si termina quasi sempre in ascesso e poi in fistola, mentre la flogosi *acuta primitiva* opportunamente curata si risolve più frequentemente, ed avvenendo che si termini in ascesso e che questo si apra e si curi in un modo appropriato, è cosa rara che ne

conseguiti lo stato fistoloso. E dove pure questo abbia luogo, esso è una malattia improvvisa e rapida, non preceduta da alcun grado d'ostruzione o di lagrimazione, laddove la fistola consecutiva alla flogosi *acuta secondaria* è un morbo lento il quale è sempre preceduto da ostruzione perfetta o imperfetta e da inveterata ritenzione di lagrime e di muco. In somma il credere che la flogosi *acuta* e l'ascesso del sacco l. siano ognora preceduti da ostacoli che impediscano il passaggio delle lagrime, sarebbe egualmente falso quanto il dire che la flogosi acuta e l'ascesso della prostata o dei dintorni dell'uretra siano preceduti sempre da ostacolo al passaggio dell'orina. Noi diremo dunque qualche cosa intorno a questa flogosi *acuta primitiva*, specialmente del sacco l., come quella che è meglio conosciuta così nel suo sviluppo, come nel suo corso, e quindi ci intratterremo più a lungo della flogosi lenta e de' suoi ribalzi ossia della flogosi acuta *secondaria*.

CXIII. L'infiammazione acuta primitiva del sacco l. o la *dacryocistitide* acuta primitiva è raramente semplice o dipendente da sola causa esterna, come una contusione, ma è d'ordinario generata o complicata da causa vajuolosa, morbillosa, scarlatinosa, erpetica, sifilitica, ecc., e si può distinguere in due periodi. Nel primo essa incomincia per un dolore ottuso all'angolo dell'occhio nel luogo che corrisponde precisamente al sacco l., dove si vede più o meno presto un tumoretto circoscritto, duro, della forma d'una fava o d'un rene, e doloroso al tatto, il quale diventa progressivamente rosso. Quindi il dolore s'estende nel naso e nell'occhio; i punti l. si raggrinzano e si chiudono; le lagrime stillano sulle guance; le narici, da prima un po' più umide del solito, diventano asciutte; la cute

dell'angolo interno dell'occhio si copre d'un rosso risipelatoso (*ankilope infiammatoria*) il quale s'estende d'ordinario, specialmente nelle persone dilicate e molto sensibili, sulle guance, sulla radice del naso, sulla caruncula l., sulla piegatura semilunare della congiuntiva e sulle palpebre con cefalea, febbre e gonfiezza tale che la fossa orbitale rimane come chiusa. Se l'infiammazione non è molto violenta, la pressione fatta sul sacco l. fa ringorgare dai punti l. un po' di muco bianco-gialliccio misto con lagrime: nel caso contrario non vi è riflusso di muco; massima è l'aridità delle narici ed è del tutto impedito il corso delle lagrime. In questo stato di cose l'apparenza reniforme della parete anteriore del sacco lagrimale si rende in poco tempo assai più manifesta. Frattanto l'infiammazione primitiva di esso sacco aumentata dalla presenza del muco e dalla distensione delle sue pareti, diventa così intensa che si prevede l'impossibilità d'impedire la suppurazione.

CXIV. Nel principio del secondo periodo, detto *blennorroico*, accade ciò che ha luogo nell' infiammazione di tutte le membrane mucose, cioè il sacco l. separa una grande quantità di muco il quale, non potendo uscire dal canale n. nè dai punti l. tumidi, e non potendosi mescolare colle lagrime di cui l'assorbimento è impedito, si raccoglie in esso sacco e così fattamente lo distende nella parte anteriore dove non è coperto dalle ossa, che vi si sente un ondeggiamento anche prima che siasi formato pus. La membrana mucosa delle fosse n. e la caruncula l. separano pure una grande copia di muco. Intanto il tumore cresce di più in più e si fa maggiormente ondeggiante; la cute che lo copre assume un colore rosso-cupo e diventa al-

quanto edematosa. Finalmente si manifesta nel centro d'esso tumore un punto molle, lucente, gialliccio, alquanto sporgente, il quale scoppia più o meno presto con uscita d'un pus tenue misto con sangue (è questo il caso a cui Beer dà il nome di *fistola vera*). L'apertura del sacco l. non è sempre in direzione con quella della cute, e, benchè non vi sia per lo più che una sola via di comunicazione col medesimo sacco, accade però talvolta che si presentino parecchie aperture esterne più o meno da esso distanti. Dopo qualche tempo dall'apertura del tumore escono talvolta lagrime non mai bene mescolate, secondo Beer, colla materia mucosa e purulenta. L'uscita d'esse lagrime indica essere ripristinata l'azione dei punti e condotti l. Trascorso il *processo* suppurativo, continua ancora una morbosa secrezione di muco bianchiccio, denso, opaco e somigliante soltanto in parte al pus; il quale muco, per la sua densità e pel gonfiamento della membrana mucosa del canale n. non potendo fluire nel naso, si raccoglie nel sacco l., e respinge talvolta le filaccica con cui si chiude l'apertura esterna. Finalmente, mediante una giudiziosa cura, diminuisce l'anzidetta morbosa secrezione di muco, e questo diventa bel bello trasparente come la chiara d'uova, viscoso, talvolta con alcune strisce bianche, poi denso, e finalmente, se le funzioni dei punti e condotti non sono abolite, si presenta del tutto misto colle lagrime. Se a quest'epoca della malattia è dissipata l'ostruzione delle vie l. occorsa durante il periodo infiammatorio, l'apertura comune alla cute ed al sacco l. guarisce di per sè o con pochi soccorsi dell'Arte. Nel caso contrario rimane ancora un forellino fistoloso con uscita d'un tal poco di

lagrime e di muco; il quale forellino chiudendosi in tale condizione di cose, il muco e le lagrime si raccolgono nel sacco l., sì che l'ammalato è obbligato di procurarne l'espulsione dal canale n. e dai punti l. con premere esso sacco più volte al giorno.

CXV. Il sacco, i punti e condotti l. ed il canale n. sono ristretti in così angusti confini che è cosa impossibile che la *dacryocistitide* alquanto acuta non si diffonda in tutte quelle parti, come pure nel tessuto celluloso e nella pelle che immediatamente le circondano. Da qui nascono i fatti morbosi che sogliono accompagnarla, come l'*ankilope* infiammatoria; la chiusura d'ordinario solamente temporanea dei punti e condotti l., epperciò lo stillicidio delle lagrime; la tumidezza del canale n. e quindi la siccità della narice nella maggiore violenza della flogosi, la quale siccità è anche in parte dovuta all'irritazione di consenso o di diffusione alla membrana schneideriana; la morbosa secrezione prima di muco e poi di pus dal sacco, ecc.

CXVI. La *dacryocistitide* acuta abbandonata a sè non si termina quasi mai per risoluzione; qualche volta fa il passaggio alla così detta *blennorrea* del sacco l. (*dacryoblennorrea*, *dacryocistitide blennorragica*, *dacryops blennoideo* di Schmidt); ma il più sovente si termina in ascesso.

CXVII. La *dacryocistitide* acuta all'incontro bene ed in tempo opportuno curata cioè nel suo nascere, frequentemente si risolve, soprattutto se è semplice. Curata più tardi, quando forte è già la flogosi, non è d'ordinario più nel potere dell'Arte di impedire la *blennorrea* del sacco l.: questa terminazione però cede assai facilmente ad un giudizioso metodo di cura.

CXVIII. Incerto è, secondo Beer, il pronostico del secondo periodo della *dacryocistitide*, perchè non si può conoscere quale sia stato il risultamento del primo periodo della malattia per rispetto alla permeabilità dei condotti l. e del canale n., e l'esame delle parti con una tenta per riconoscerne lo stato sarebbe dannoso. In genere però il pronostico è piuttosto favorevole nel principio di questo secondo periodo, giacchè con un metodo curativo conveniente si può ancora prevenire o moderare il *processo* purulento e conservare pervie le parti escretorie delle vie l. Ma, se questo *processo* suppurativo è già innoltrato, il pronostico dipenderà in gran parte dal considerare se la materia si sia formata primitivamente nel sacco l., se vi sia rimasta raccolta lungo tempo, se esso sacco sia prossimo a scoppiare, ovvero se siavi già un'apertura corrispondente o no a quella della cute. Nel primo caso la suppurazione può ancora essere moderata con una conveniente cura, soprattutto col pungere, come si dirà altrove, il sacco l.: ma, se l'apertura spontanea dell'ascesso ha già avuto luogo, il caso riesce assai arduo, specialmente quando la *dacryocistitide* ha la forma scrofolosa, sifilitica, ecc. Se in simile frangente si adopera un'incauta cura o se soprattutto si trascura il caso nell'ultimo tempo della suppurazione che accompagna di necessità lo stato fistoloso del sacco, può succedere la permanente ostruzione perfetta o imperfetta del canale n., la chiusura o la distruzione dei punti e condotti l., ed anche la carie. Anzi in alcuni pochi casi rimane insino distrutto lo stesso sacco l. L'uscita delle lagrime miste con muco o pus dall'apertura fistolosa si debbe riputare come una circostanza favorevole, giac-

chè essa indica che l'assorbimento e il passaggio delle lagrime nel sacco sono ristabiliti, epperciò tutta la quistione si riduce allo stato del canale n., il quale potrà essere determinato coll'esplorazione fatta subito che sarà scomparsa ogni reliquia flogistica. Ad ogni modo, se non v'è carie, il caso si ridurrà ad una fistola semplice, quand'anche s'incontri poi coll'esplorazione un'ostruzione del canale n.

CXIX. Dalle cose fin qui dette facile riesce la diagnosi della *dacryocistitide*. La sola affezione con cui essa può confondersi è l'*ankilope* infiammatoria, da cui però si distinguerà per ciò che in questa l'infiammazione occorre fino da principio nella pelle, è uniforme e non si offre in origine, come la *dacryocistitide*, sotto la forma d'un piccolo tumore circoscritto, sebbene nel suo corso accada talvolta, specialmente quando è mal curata o negletta, che il sacco l. partecipi della malattia (annotaz. 33), e vi s'aggiunga questo tumoretto. Per altra parte la propagazione della flogosi alle narici non è mai così pronta nell'*ankilope* come nella *dacryocistitide*. Passiamo ora a dire della flogosi lenta del sacco l. e del canale n., degli ostacoli che ne derivano e della *dacryocistitide acuta secondaria*.

CXX. Gli ostacoli *entrolagrimali*, anche permanenti, che possono avere luogo dopo un'infiammazione acuta del sacco l. e del canale n., si formano prontamente, ma sono assai rari; laddove quelli che conseguitano la flogosi lenta si formano sempre lentamente ma sono di gran lunga più frequenti. Questa flogosi lenta ora è tale fino da principio, ed ora è, come è stato poc'anzi detto, la conseguenza d'una flogosi acuta. Le sue cause sono in generale le seguenti: 1.° le cause

scrofolosa, erpetica, sifilitica, vajuolosa (*35), morbillosa, reumatica, gottosa, ecc. (*36). 2.° Il ritardo, la scarsezza o l'intempestiva cessazione degli spurgamenti mestruali (*37). 3.° La morbosa abituale azione d'un organo o d'una viscera importanti, ripetuta per consenso sulle vie l. (*38). 4.° Il ristagno d'un ricorrente flusso di sangue dal naso, dai vasi emorroidali, ecc., o la ripercussione del sudore dei piedi o d'un catarro cronico (*39), o il prosciugamento d'un'ulcera antica. 5.° Il raffreddamento del corpo, e la lunga esposizione del volto al sole. 6.° La ripercussione della scabbia, tigna, crosta lattea e simili. 7.° L'azione, secondo alcuni, del mercurio. 8.° Le conseguenze del contagio gonorroico messo a contatto colle palpebre. 9.° Le contusioni sulla

---

(*35) Si è osservato che dopo l'immortale scoperta di Jenner assai minore è il numero dei ragazzi affetti da fistola l. Alcuni, tra cui è specialmente da ricordarsi il Garengeot, dicono d'aver pure osservato che le pustule vajuolose possono anche occorrere nel sacco l. e nel canale n.

(*36) I rapporti delle malattie delle vie l. collo stato generale del corpo cominciarono ad essere presi in matura considerazione nel medio evo, spezialmente da Fontagnana.

(*37) Ambrogio Pareo fu il primo che notò essere gli spurgamenti mestruali in rapporto con una specie determinata di lagrimazione, e vedersi talora la materia del tumore l. non fluire fuorchè una volta per mese.

(*38) In alcuni casi non mi venne fatto d'incontrare alcun'altra causa della flogosi lenta delle palpebre più o meno diffusa nel sacco l. e nel canale n., fuorchè un'abituale flogosi del canale cibario o delle vie delle orine.

(*39) Io vidi in un caso la fistola l. manifestarsi tosto dopo la cessazione d'uno scolo leucorroico antico: in un altro dopo la scomparsa d'una diarrea abituale con ptialismo: ed in un terzo dopo la guarigione d'un catarro vescicale abbondante, inveterato e preceduto ed accompagnato da ostacoli dell'uretra.

sede del sacco l. 10.° Vi predispongono le congestioni del capo, specialmente degli occhi, provocate da una pressione dell'addomine, dalla tosse, dalla dentizione nei bambini, dalla carie dei denti, ecc.

CXXI. Queste cause che la flogosi lenta delle vie l. ha per la maggior parte comuni colla *dacryocistitide acuta*, coll'*ankilope infiammatoria*, cogli ostacoli *estra-lagrimali*, colla *blefaritide*, colla *rinitide*, ecc. sono fra di loro ben diverse per indole e per efficacia, ed agiscono primitivamente o secondariamente, direttamente o indirettamente, parzialmente o in comune, lentamente o con prontezza. La flogosi lenta che ne deriva è parimente varia per la sede, per la forma e per la natura degli ostacoli organici che genera.

CXXII. In quanto alla sede, non è cosa impossibile ch'essa nasca primitiva nel sacco l. o nel canale n., e che dopo si diffonda sotto o sopra per le parti continue (congiuntiva e pituitaria). Però questo caso è il meno frequente, essendochè il sacco l. e principalmente il canale n. sono per circostanza di luogo riparati dall'azione delle cause occasionali assai più che non lo sono le parti con essi continue. Ond'è che sovente la detta flogosi arriva al sacco l. ed al canale n. dalla parte della pituitaria, o, ciò che è più frequente, dalla parte della congiuntiva (40). In ambi questi casi

(40) Può ancora accadere che una lenta flogosi arrivi alle vie l. dalla parte del tessuto celluloso che le circonda. E, vaglia il vero, mi è occorso di vedere un'ammalata (Osserv. XIV) in cui si manifestò e crebbe lentamente una durezza alquanto dolorosa al tatto nel luogo del sacco l., la quale si prolungava anzi sul margine orbitale e sull'apofisi verticale dell'osso mascellare, di cui il periostio

può succedere che la malattia delle vie l. continui, sebbene sia cessata quella delle parti da cui si è ad esse diffusa, oppure che la malattia di queste progredisca insieme con quella delle vie l.

CXXIII. In quanto alla forma, essa è talvolta semplice e tal altra riveste le forme impetiginosa, scrofolosa, sifilitica, ecc.

CXXIV. Gli ostacoli che la detta flogosi lenta genera si possono, quanto alla loro natura, ridurre alle seguenti principali specie: 1.° Il *rammollamento spugnoso* fatto da cronica congestione con intumescenza vascolare della membrana mucosa. 2.° L'*indurimento* delle pareti per trasudamento, fra le maglie dei loro tessuti, di materia *fibrinosa* concrescibile e capace di organizzarsi. 3.° L'*ingrossamento* permanente delle medesime pareti per *sopranutrizione* o *ipertrofia*. 4.° L'*ulcerazione* con carni escrescenti, talvolta accompagnata da *carie* o seguita da morbose *aderenze* ed anche *cicatrici, briglie*, ecc. (*41). 5.° I *polipi* ed il *fungo* del sacco l. e del canale n.

---

era già alquanto inspessato, e ciò senza precedente affezione delle vie l. e senza attuale dilatazione del sacco l., ma soltanto con ringorgo d'alcune poche lagrime alquanto intorbidate da muco, il quale ringorgo si manifestò anche tardi. Da ciò mi parve di potere dedurre che la malattia consistesse spezialmente in un flogistico lento indurimento primitivo del tessuto cellulosò circondante le vie l., le quali, oltre all'essere ristrette e compresse, come vediamo talora rimanere ristretto l'intestino retto per l'indurimento del tessuto celluloso che lo circonda, cominciavano a partecipare, in via di diffusione, della lenta flogosi dei tessuti circondanti. Ad ogni caso questo modo morboso si può fino a un certo segno considerare come una delle varietà degli ostacoli *estralagrimali*.

(*41) L'indole puriforme del muco che sgorga dai punti nella fistola l. indusse gli Antichi a credere che il sacco fosse in ogni caso esulcerato e coperto di carni escrescenti, e che in questa condizione

CXXV. Gli ostacoli fatti da rammollamento spugnoso, oltre all'occorrere a gran pezza i più frequenti e all'essere sovente diffusi per tutte le vie l. o per una

---

morbosa consistesse, se non l'unica, la più frequente causa primitiva dell'ostruzione. E riflettendo poi che le esulcerazioni delle parti visibili sono seguite da cicatrici, callosità e morbose aderenze, opinavano essi, che non altrimenti succedesse nelle vie l., epperciò ravvisavano in queste morbose produzioni altrettante frequenti cause cooperanti a mantenere la detta ostruzione. Se non che da Pott in poi si riconobbe che muco e non marcia è la materia che esce dai punti l., come muco e non pus è l'umore che stilla dal naso nel corso della corizza, dall'uretra in quello dell'uretritide gonorroica, ecc.; e presentemente la maggior parte dei Pratici tengono che l'esulcerazione, oltre all'occorrere assai raramente, non sia, quando occorre, un effetto immediato della flogosi lenta delle vie l. senza ostruzione, ma la sequela degli ostacoli inveterati e già degenerati. Con tutto ciò, se è di qualche valore l'analogia dedotta dalla flogosi lenta della congiuntiva a cui molte volte viene dopo in modo immediato l'ulcerazione della medesima, non si può non ammettere che, sebbene l'ulcerazione del sacco l. e del canale n. (fatto morboso certamente molto raro), accompagnata o no da carni escrescenti, sia per lo più l'effetto d'ostacoli precedenti, ciò non di meno essa sia in alcuni casi un'immediata conseguenza della lenta flogosi primitiva, soprattutto quando questa è d'indole speciale. Ciò essendo, si debbe altresì ammettere, contro all'opinione della maggior parte dei Pratici moderni, essere cosa possibile che alcune rare volte si formino nella cavità delle vie l. cicatrici, briglie, o callosità le quali rendano vieppiù stentato il corso delle lagrime, avvegnachè queste morbose produzioni siano sempre un fatto morboso secondario nel corso dell'ostruzione delle vie l.

Per rapporto alla reciproca immediata aderenza delle pareti del sacco lagrimale e del canale nasale, ammessa da alcuni Moderni (Travers, Beer, Weller, ecc.), in seguito specialmente della *dacryocistitide* acuta, noi crediamo ch'essa non abbia luogo, come non ha mai luogo nelle altre membrane mucose, tuttochè le loro pareti siano violentemente infiammate, tumide e a mutuo combaciamento. Crediamo bensì che possa nel corso d'una violenta flogosi formarsi una *pseudo-membrana fibrinosa* di cui le pareti siano capaci di organizzarsi e d'aderire fra di loro, ed ammettiamo pure l'aderenza me-

gran parte della loro estensione, mentre gli altri sono d'ordinario circoscritti, formano spesso la trama primitiva di questi ultimi (*42). Essi sono inoltre frequentemente correggibili senza i mezzi operativi, laddove gli altri ostacoli sono, senza di questi, generalmente incorreggibili, come meglio si dirà in seguito.

CXXVI. Gli ostacoli che, dopo gli *spugnosi*, occorrono i più frequenti sono quelli della seconda e terza specie, rari essendo gli ostacoli della quarta specie

---

diata per mezzo di bottoncini carnosi nati da un'ulcerazione delle vie l. primitiva o consecutiva alla degenerazione d'un ostacolo inveterato, come vedonsi talvolta aderire tra di loro la congiuntiva oculare e la palpebrale, infiammate ed ulcerate. Per ogni modo queste aderenze sono altresì molto rare, e debbono, alla guisa delle briglie, cicatrici e callosità, ravvisarsi come un fatto morboso secondario nel corso dell'ostruzione delle vie l.

(*42) Si è già detto che la membrana mucosa delle vie l., naturalmente molle, sugosa e ricca di vasi, è quasi sempre la sede prima della flogosi lenta generatrice degli ostacoli *entrolagrimali.* D'ordinario il primo effetto della flogosi è di rammollarla e gettare il fondamento degli ostacoli spugnosi. In seguito succede che, continuando la flogosi a stare fissa in quella membrana, l'ostacolo *spugnoso* ritenga talvolta per lunga pezza di tempo la propria forma, e tal altra si rassodi e s'induri alquanto, circoscrivendosi, e faccia ben tardi passaggio ad un'altra forma d'ostacolo. Ma succede poi molto più frequentemente che, convergendo la flogosi, in via di contiguità, dalla membrana mucosa sugli altri tessuti che contribuiscono a formare le vie l. (tessuto celluloso, critte mucose, tessuti fibrosi, ecc.), e cangiandone l'organizzazione, ne risultino altre maniere d'ostacoli i quali, essendo conformi alla speciale struttura di quei tessuti, per natura più duri e meno ricchi di vasi che la membrana mucosa, appartengono in generale alle specie degli *induramenti*, *ingrossamenti* e simili. In quella guisa che vediamo per lo più nascere ostacoli di quest'ultima natura nei casi di flogosi dell'uretra, quando essa dalla cavità di questa converge sulle sue pareti e sui tessuti celluloso, glandulosi, ecc. che la circondano.

(Annotaz. 41), e rarissimi quelli della quinta (43). Oltracciò gli ostacoli della seconda specie o da *induramento* possono nei loro varii e più o meno estesi progressi fare passaggio alla forma cartilaginosa, e, secondo alcuni, anche alla scirrosa. Quest'ultima trasformazione, per me veduta una sola volta (Osserv. XV), è rara rarissima.

CXXVII. Dopo queste generali considerazioni intorno alle cause, alla natura, alla forma ed alle principali differenze degli ostacoli *entrolagrimali*, giovi finalmente avvertire che, siccome i più d'essi ritengono d'ordinario, quando la malattia non ha ancora percorso lunghe fasi, la loro forma semplice e caratteristica senza notabile complicazione d'altre forme, così, quando la malattia è inveterata e degenerante, occorrono comunemente insieme due o più delle anzidette forme, d'ordinario ancora tralignanti e confuse (*44). Rivol-

---

(43) Walther riferisce d'avere veduto e curato un polipo del sacco l. Si dice però a torto (Archiv. gen. di Med. Agosto 1829) ch'egli fu il primo che abbia osservato il polipo delle vie l., giacchè Janin prima di lui aveva già veduto la radice d'un polipo n. nascere dal sacco l. A me pure è in un caso occorso d'osservare un piccolo polipo del sacco l. (Osserv. XV).

(*44) Tre altre cause d'ostruzione, di tumore e di fistola l. sono pure state ammesse, cioè il *ristagno di muco* in esse vie, il loro *spasmo* e la loro *atonia*.

Per rapporto alla prima causa s'intende facilmente quanto sia poco fondata l'opinione di quelli i quali pensano che quei mali possano talvolta dipendere dal *ristagno* entro le vie l. del muco da esse separato o in esse introdottosi pei punti l. in conseguenza d'una lenta flogosi della congiuntiva palpebrale: perciocchè da un lato la morbosa secrezione di muco nelle vie l. è già un fatto secondario dell'affezione delle loro pareti, e dall'altro pare cosa naturale che, se il muco derivante dalle palpebre non prova ostacolo nel penetrare

giamoci ora ad esaminare se la più frequente sede degli ostacoli *entrolagrimali* sia nel sacco l. o nel canale n.

---

per luoghi molto angusti quali sono i punti l., meno ancora debba esso provarne passando per luoghi meno stretti, quali sono il sacco l. ed il cacanale n. Di più se anche qui è di qualche valore l'analogia desunta dalle vie delle orine, ciò rimane ancora confermato dal non vedere mai intasata l'uretra dal muco sovente abbondantissimo che procede dalla vescica di coloro i quali sono affetti da catarro cronico della medesima. Alla flogosi dunque delle vie l. debbe attribuirsi il fatto morboso primitivo del tumore e della fistola l., e non già al muco che si separa nel corso di essa, avvegnachè il *ristagno* di muco viscido possa contribuire come causa secondaria a rendere più difficile il trascorrimento delle lagrime pel canale n.

Dalla presenza del tessuto fibro-celluloso alquanto erettile (Laurent) da cui tanto il sacco l., quanto il canale n. sono cinti, a guisa degli altri condotti escretorii, si può presumere, ed il fatto lo prova, che quelle parti sono dotate della facoltà di *turgenza*. Il sacco l. essendo circondato da fibre muscolari, è altresì capace di *spasmo*. Ma il canale n., in grazia della sua intima aderenza alle ossa e del non essere coperto da fibre muscolari, debbe non andarvi o andarvi molto meno soggetto del sacco, a meno che non si voglia ammettere con Janin la presenza d'uno sfintere contrattile nell'orifizio superiore del medesimo canale; sfintere fin qui da tutti gli Anatomici negato. Questo *spasmo* può essere *primitivo* o *secondario*: quello succede di rado mentre questo è frequente e dipende quasi sempre da un irritamento della membrana mucosa. Accade qui quello che vediamo tuttodì succedere nelle tonache muscolari delle viscere membranose delle quali lo *spasmo* altro non rappresenta d'ordinario fuorchè l'eccitazione morbosa della loro membrana di *relazione*, di cui quelle tonache sono come potenze ausiliarie. Tanto poi lo *spasmo primitivo* quanto il *secondario* sono di poca durata, di modo che, se è cosa ragionevole il ripetere dal primo la passeggera lagrimazione che, senza pianto e senza alcun male nelle vie l., occorre talora in alcune persone dopo un grave patema d'animo o dopo di essersi esposte alla viva luce o all'aria fredda, ecc., e dal secondo i momentanei ribalzi di lagrimazione che, per accidentali eccitazioni succedono nel corso d'una flogosi cronica delle vie l. con o senza ostacolo, si ha poi difficoltà nel credere con Taddei che il tumore

CXXVIII. Ai tempi antichi si credeva generalmente che le parti molli del sacco e le sue pareti ossee fossero l'unica sede dei vizj organici formanti ostacolo al corso delle la-

---

ed anche la fistola l., non che i prolungati ribalzi di lagrimazione che succedono costanti in tutto il corso d'un ostacolo, siano talvolta da ripetersi da questa sola origine, e ciò tanto più che per la ragione sopra detta non è o è allo *spasmo* meno soggetto il canale n. di cui il turamento è però, come si dirà, un fatto indispensabile nella produzione dello stato fistoloso. L'osservazione, giova il dirlo, mi ha più volte convinto che quei prolungati ribalzi di lagrimazione che in tali casi si attribuiscono allo *spasmo*, dipendono d'ordinario dalla presenza d'un ostacolo *spugnoso*, e l'analogia desunta dagli ostacoli *spugnosi* dell'uretra mi ha altresì confermato in questa opinione. Io ho di fatto più volte guarito colla cauterizzazione di simili ostacoli dell'uretra i quali, col rapido loro avvizzirsi o ingorgarsi, rendevano talvolta, anche nello stesso giorno, facile, difficile, o impossibile l'espulsione dell'orina.

In due casi veduti l'uno da Vaccà e l'altro da Antonmmarchi (Sprengel Stor. delle princip. oper. di Chir.), essendosi prontamente manifestato il tumore l. con ringorgo di lagrime non mischiate con muco, ed essendo altresì dopo qualche tempo scomparso spontaneamente, se n'è dedotto ch'esso tumore fosse in tali casi dipendente da contrazione spasmodica. Ma e chi non sa che prontissima e facilissima è ad ingorgarsi una membrana mucosa rammollata da flogosi lenta? Non è egli vero che in coloro i quali sono assai proclivi alla corizza l'inzuppamento flogistico della pituitaria e la totale chiusura delle narici (di cui la membrana che veste il sacco l. ed il canale n. non è che una continuazione) ha spesso, nei tempi umidi e freddi, luogo colla massima prontezza, talvolta nello spazio di una mezz'ora, quantunque non si possa questo fatto attribuire a contrazione spasmodica di cui non è essa pituitaria capace? Per altra parte chi ignora che possono occorrere ostacoli così delle vie l. come dell'uretra senza o con pochissima escrezione di muco, principalmente nei primi tempi della malattia? D'altronde le osservazioni di Vaccà e d'Antonmmarchi sono, a mio senno, tanto meno conchiudenti in quanto che le persone in cui accaddero i citati fatti morbosi erano evidentemente affette da lenta flogosi delle vie l. Molte altre riflessioni potrei aggiungere in proposito di queste due

grime, mentre, dopo di Anel e Garengeot, la maggior parte dei Moderni (Pott, Desault, Ware, ecc.) ripongono la sede di quei vizj nel canale n. Queste opinioni pec-

---

osservazioni, se, in vece di trattare per incidenza di quest'argomento, io avessi tolto a trattarlo exprofesso.

Dalle cose fin qui dette si può dunque conchiudere che, senza negare lo *stato spasmodico* delle vie l., si può però affermare non darsi tumore l. permanente e tanto meno lo stato fistoloso di quelle vie per solo esso *stato spasmodico* senza un ostacolo permanente, e che fra questi ostacoli lo *spugnoso* è quello il quale colle sue rapide vicissitudini d'incremento e di decremento trae talvolta nell'inganno simulando gli effetti d'uno *stato spasmodico*.

Come un fatto morboso fondamentale del tumore e della fistola l. sono pure state ammesse da alcuni Pratici l'*atonia* e la *lassità* del sacco lagrimale per cui, lasciandosi esso facilmente distendere dalle lagrime, debbe risultarne la sua dilatazione e quindi il tumore e la fistola l. Si reputano cause della *lassità* del sacco la lunga sua blennorrea: l'atonia e la paralisi del muscolo orbicolare o di quello d'Hermer: l'età avanzata; e di fatto non è cosa tanto infrequente l'osservare nei vecchi dotati di costituzione linfatica un molle gonfiamento (§ CV) nella sede del sacco l.: ecc. Esaminiamo di passaggio quest'opinione.

Tutti i tessuti del corpo umano essendo capaci d'*atonia* e di *lassità*, sarebbe cosa contraria alla ragione il credere che il solo sacco l. ne andasse esente. Tuttavia non si può ammettere che questa condizione morbosa sia il fatto fondamentale del tumore e della fistola l. E di vero la causa materiale del tumore l. consiste nella raccolta di lagrime sole o mescolate con muco nel sacco l. Questa raccolta non può avere luogo senza un impedimento nel canale n., giacchè, essendo questo canale pervio, le lagrime hanno una naturale tendenza a stillare nel naso senza fare urto contro alle pareti del sacco. Ciò essendo, non si può negare che la *lassità* di questo ne renda più facile la dilatazione e sia favorevole alla raccolta delle medesime lagrime; ma non si può per ciò ammettere ch'essa la generi, e che le lagrime possano in esso raccogliersi senza un ostacolo alla loro discesa nel canale n.

Le cose fin qui dette mi dispensano dall'esaminare più oltre la

cano per ciò che l'una esclude affatto la possibilità dei vizj organici del sacco e l'altra di quelli del canale n.; ed in fatti il credere che i detti vizj occorrano soltanto nel canale n. o all'opposto, sarebbe lo stesso quanto il credere che l'una soltanto di quelle parti sia soggetta alla flogosi lenta che li genera, o che la flogosi una volta nata in quella di esse parti che vi andasse per ipotesi esclusivamente soggetta, vi rimanga precisamente circoscritta in quei limiti artificiali in cui, per un solo cangiamento di forma, dicesi terminare il sacco l. e principiare il canale n.; la quale opinione sarebbe contraria alla ragione ed all'osservazione. Il vero è dunque che ambe quelle parti vanno soggette alla flogosi lenta, la quale, qualunque di esse ne sia la prima invasa, non vi può, in grazia della loro continuità e dell'angusto spazio in cui sono collocate, avere per lungo tempo sede e cagionarvi vizj organici senza diffondersi all'altra ed indurvi pure d'ordinario una qualche organica alterazione. Ora, data per ipotesi la coesistenza d'un vizio organico con aumento di volume nel sacco l. e nel canale n., è cosa naturale che, in parità d'altre circostanze, il vizio di quest'ultimo sia il primo a rendere difficile o impossibile il corso delle lagrime, come quello che, per la maggiore naturale strettezza (*45) di esso canale e per la sua incapacità di dilatarsi, più prontamente ne restringe o anche

---

opinione di chi pretende si possano curare le fistole lagrimale col solo andare al riparo dello *spasmo*, dell'*atonia* e della *paralisi* del muscolo d'Hermer.

(*45) È certamente per isbaglio che Velpeau dice essere il canale n. più largo del sacco.

ne chiude la cavità, ed è perciò subito seguito da evidenti effetti morbosi, per piccolo ch'esso sia. Principiati poi, per vizio del canale n., il regurgito delle lagrime e il loro ristagno nel sacco l., ne viene per conseguenza che s'aumenti la cavità di questo, ancorachè esso sia nel tempo stesso affetto da vizio organico (ingrossamento, induramento, ecc.), da cui sembrerebbe doverne risultare diminuzione e non aumento di capacità. Di fatto pochi sono i casi di fistola l. alquanto inveterata in cui non s'incontri un aumento di spessezza delle pareti del sacco coesistente colla sua dilatazione (*46). Ora io confesso che non so darmi ragione di un tale concorso di cose senza ammettere i testè addotti principj (*47).

(*46) Le vie l. sono in ciò fino a un certo punto anche analoghe alle vie delle orine, nelle quali occorre che, in seguito a uretrocistitide cronica con vizj organici nell'uretra e nella vescica, sia da questi prontamente turata l'uretra, naturalmente più angusta, mentre, finchè possibile è l'escrezione dell'orina per essa uretra, rimane bensì per l'ordinario ristretta, ma non mai chiusa la vescica la quale è il serbatojo delle orine, come il sacco l. è il serbatojo destinato a ritardare la discesa delle lagrime nel naso ed, in determinate circostanze, a dare loro anche ricetto per un breve spazio di tempo (Geri). Se poi è in tali circostanze impossibile l'espulsione delle orine per l'uretra, accade allora che, lungi dal rimanere ristretta, si dilati anzi d'ordinario più del solito la vescica, ancorachè morbosamente dura, spessa o altrimenti alterata nella sua struttura; come in identiche circostanze si dilata il sacco l. Se non che, per la maggiore lunghezza delle vie delle orine, succede sovente, all'incontro di quello che per opposte condizioni ha per lo più luogo nelle vie l., che la flogosi nata nell'uretra, vi stia per lungo tempo e talvolta anche per sempre fissa e vi generi vizj organici senza convergere in modo grave sulla vescica, ed al contrario.

(*47) Ammettendo con Pott, Desault, ecc. che nel tumore e

CXXIX. Gli ostacoli del canale n. possono essere diffusi a tutta o quasi tutta la sua cavità, il che è però raro, ovvero circoscritti ad una parte della medesima. In quest'ultimo caso essi possono occorrere in qualunque punto dell'estensione del canale, avvegnachè la loro più frequente sede sia nella sua estremità superiore o orbitale cioè dove esso è continuo col sacco. I Pratici i quali hanno avuto frequente occasione d'eseguire l'operazione della fistola l. sono certamente stati convinti, che, dopo aperto il sacco l., l'ostacolo maggiore s'incontra d'ordinario nel principio del canale n., e che, quest'obice superato, facile è per lo più il passaggio della tenta nel naso. A me poi si presentò larghissimo campo di stabilire la verità di questo fatto, dacchè mi sono appigliato al partito di esplorare per la via del naso il canale n. ostrutto. In queste prove le quali sono innumerevoli, mi è fin qui quasi sempre accaduto d'incontrare collo stromento esploratore l'ostacolo verso l'estremità superiore del canale n. (*48). E sono stato vie maggiormente convinto di questa verità notomizzando cadaveri di persone affette da fistola la-

---

nella fistola l. il canale n. sia sempre più o meno ostrutto, noi non abbracciamo però tutte le conseguenze curative da essi dedotte, vale a dire che sia in tutti i casi necessario di ricorrere a mezzi meccanici per sturarlo. Ma siamo convinti dall'altrui sperienza e dalla nostra che siffatta ostruzione, quando specialmente è l'effetto d'un ostacolo spugnoso, si può talvolta vincere senza ricorrere a questi mezzi, come talvolta senza di essi si vince un consimile stato morboso dell'uretra.

(*48) Nell'estremità superiore del canale n. si osserva naturalmente un piccolo rialto circolare il quale non è però uno sfintere come credeva Janin, nè una valvula come opinavano Boerhaave, Winslow, Soemmering, ecc.

grimale (*49). La ragione di questo fatto sembra si debba ripetere da ciò che quella sede del canale n. sia fornita d'un maggiore numero di nervi e di vasi, ed abbia perciò maggiore proclività alla flogosi, non altrimenti che succede nell'uretra e nel canale digerente, in cui la flogosi ed i vizj organici che ne derivano, occorrono il più sovente nel primo caso verso il bulbo, e nel secondo verso il cardia, il piloro e la valvula del Bauhino, nelle quali sedi s'incontrano più numerosi i vasi e nervi, ed è perciò più squisita l'organizzazione.

L'estremità inferiore del canale n. è poi, dopo la sua estremità superiore, la sede in cui si manifestano più frequenti i poc'anzi detti ostacoli.

CXXX. Ciò premesso, l'ordine richiede che si dica ora dei fenomeni morbosi che precedono, accompagnano e conseguitano gli ostacoli *entrolagrimali*, e che sono varii, secondochè questi ostacoli derivano da una flogosi lenta diffusa dalla pituitaria alle vie l., cioè dal basso all'alto; ovvero dalla congiuntiva alle medesime vie, cioè dall'alto al basso. Principieremo dal primo caso in cui il canale n. è il primo a partecipare della flogosi della pituitaria.

CXXXI. L'infermo va per lo più soggetto da gran tempo a una corizza ricorrente o continua, la quale è talvolta accompagnata da dolore cupo che si

---

(*49) La frequenza degli ostacoli nell'estremità superiore del canale n. è ancora provata da ciò che, in seguito all'operazione della fistola l. secondo la pratica di Dupuytren, occorre d'ordinario che la medesima si riproduca ove avvenga che, essendo la cannula troppo piccola per rapporto al canale n., essa sdruccioli alquanto sotto l'estremità superiore del medesimo, come io vidi in alcuni casi.

estende nella direzione del canale n., a cui egli non bada, perchè, essendo in sulle prime poco intasata la membrana mucosa di esso canale, non è impedito il naturale corso delle lagrime e non v'è perciò lagrimazione o, se ve n'è un tal poco, si confonde con quella che accompagna talora la corizza. Frattanto il flogistico ingorgamento del canale n. cresce in grazia della ripetizione o continuazione della corizza o delle reliquie flogistiche che vi rimasero negli antecedenti suoi attacchi, ed allora l'infermo prova un insolito stillicidio di lagrime, perchè non avendo queste libero il passaggio alla narice pel canale n., riempiono il sacco, il quale non potendo riceverne di più, cessano i punti l. d'assorbirle. Questo stillicidio è maggiore in inverno ed in alcune particolari circostanze, come quando l'infermo espone l'occhio all'impressione dell'aria fredda, della luce viva, ecc. (*50).

CXXXII. In questo primo periodo che è più o meno lungo secondo varie circostanze, non vi è tumore sensibile, nè dolore al grand'angolo dell'occhio, e, facendosi sopra di questo una pressione col dito, le lagrime scaturiscono pure dai punti l. o si scaricano anche in parte nel naso. Quindi manifestasi a poco a poco nel detto angolo un tumoretto molle, bislungo, della forma d'un rene, per lo più del colore della cute, risultante

---

(*50) Nel corso della flogosi lenta del sacco l. e del canale n. con intoppo al corso delle lagrime, la ghiandola l., spesso più o meno irritata per consenso, separa una maggiore copia di lagrime, a un di presso come durante la flogosi lenta dell'uretra e della vescica cresce la copia dell'orina per l'irritazione consensuale dei reni. Quindi è che nella malattia di cui si ragiona coesistono sovente lo stillicidio e l'epifora in maggiore o minor grado.

dal morboso distendimento e innalzamento della porzione esterna del sacco l. che è priva dell'appoggio delle ossa (*51), raramente accompagnato da dolori spontanei e poco o niente doloroso sotto la pressione, non altrimenti molesto all'infermo fuorchè in quanto rende un tal poco penoso il movimento delle palpebre e dell'occhio; il quale tumore svanisce nell'atto che è compresso, diventando alquanto rugosa la pelle che lo copre e succedendone a un tempo il riflusso delle lagrime contenutevi, ora da un solo punto o da ambi i punti l. ed in un modo eguale o disuguale cioè più dall'uno che dall'altro; ora solamente dal canale n., ed ora, il che è più frequente, da ambe le parti (*52). Fattasi quindi dopo poco tempo una nuova raccolta di lagrime, il detto tumore ricomparisce come prima, e ciò più presto di giorno che di notte in cui minore è

(*51) Sebbene il sacco l. si termini in un fondo cieco sopra il tendine del muscolo orbicolare, esso non rimane però d'ordinario sollevato in tumore fuorchè nello spazio triangolare che vi è sotto quel tendine, giacchè la lamina fibrosa piuttosto resistente, che distaccatasi dalla parte posteriore di questo va ad inserirsi nel margine posteriore della doccia l., copre e fortifica il detto fondo cieco del sacco e ne impedisce per lo più la morbosa dilatazione.

(*52) L'uscire la materia contenuta nel tumore l. anzi dall'una che dall'altra delle nominate parti non dipende sempre dall'essere più o meno ostrutti o il canale n. o i condotti l. o un solo di questi, ma deriva pure dal modo con cui si preme esso tumore. Così p. es. (nella supposizione che il canale n. sia ancora in parte pervio e che i condotti l. siano liberi) se si preme il tumore direttamente dal davanti all'indietro, succederà di vedere sgorgare tutta o la maggiore parte della materia dai punti l., ed all'opposto passerà questa tutta nel naso, se, chiuse le palpebre, si premerà obliquamente dall'alto al basso in modo che insieme col tumore rimangano altresì compressi i condotti l.

la secrezione delle lagrime. In questo stato di cose il tumore l., chiamato con inesattezza di vocabolo *idropisia* (*53) e da alcuni *ernia* del sacco l., rimane spesso stazionario per mesi ed anche anni, o per lo meno non fa vistosi progressi, se l'infermo ha cura di comprimerlo di quando in quando. Ma poi sia trascuranza dell'ammalato il quale lascia che il sacco rimanga troppo disteso, sia effetto della continua azione delle cause morbose, o dell'uso inopportuno d'injezioni e d'altri rimedj locali irritanti, o della comune tendenza che tutte le flogosi lente hanno verso l'incremento per l'azione dei soli stimoli *entrocorporei*; il vero è che cresce per gradi lo stillicidio delle lagrime e che il tumore dell'angolo dell'occhio acquista sempre maggiore volume, perde in proporzione della sua primitiva mollezza e genera un senso di tensione un po' dolorosa che l'ammalato fa cessare per qualche tempo col comprimere il sacco onde ne escano le lagrime. Frattanto le pareti del sacco irritate dalla presenza di esse lagrime per qualità e per quantità peccanti, s'infiammano di più in più e diventano la sede d'una morbosa secrezione di muco: il tumore si fa più doloroso: lo sgorgo delle lagrime dai punti l., mentre si preme il sacco, è seguito dall'uscita d'un umore da prima scarso, tenue e bianco, il quale diviene per

---

(*53) Anel fu il primo che chiamò col nome d'*idropisia* la malattia giunta al sopraddetto grado. Questo vocabolo è però altrettanto inesatto quanto lo sarebbe il chiamare *idropisia* della vescica delle orine l'*iscuria*. Vedremo fra poco che vi è un'altra affezione del sacco lagrimale che si può meno impropriamente appellare *idropisia* di esso sacco.

gradi più abbondante, opaco, giallognolo, caldo, acre, fioccoso (*54) ed è soggetto a variare secondo la diversa temperatura in cui è l'infermo, e secondochè egli è a stomaco pieno o vuoto: la caruncula l. e la congiuntiva palpebrale si colorano in rosso carico: l'umore meibomiano si separa in maggiore copia, diventa assai viscido, ed in questo stato, essendo sciolto con difficoltà dalle lagrime tuttochè più abbondanti, s'arresta sulla superficie interna della palpebra inferiore, dove, rovesciando questa, può essere facilmente veduto. Nel sonno quest'umore s'accumula in gran copia fra le palpebre, ove, divenuto più denso e più tenace, aderisce talmente alle ciglia che esse palpebre rimangono incollate fra di loro, e l'infermo, svegliandosi, apre l'occhio con istento. Progredendo dappoi col tempo la malattia, la flogosi del sacco si rende vieppiù acuta (*dacryocistitide acuta secondaria*): il tumore diventa perciò maggiormente doloroso: l'umore che ribocca dai punti l. assume i caratteri del pus o, meglio, del muco purulento: la flogosi del sacco, dopo d'essere stata in alcuni casi più volte ammansita dalla natura o dall'arte, oltrepassa per ultimo ora lentamente ed ora prontamente le sue pareti e si diffonde per contiguità al tessuto celluloso ed alla pelle che lo coprono sotto forma di flemmone il quale in alcuni casi rimane circoscritto al grand'angolo dell'occhio, ma il più spesso s'estende sulle palpebre (assumendo talvolta la forma d'un'intumescenza come edematosa), sulla guancia, alle

(*54) A questo grado la malattia è impropriamente chiamata *fistola lagrimale cieca*, *occulta*, *imperfetta* o *interna* (dai Francesi *fistule plate*).

volte sulla radice del naso ed insino sulla fronte, con cefalea, veglia e febbre più o meno gagliarda, rimanendone però sempre più elevato, più teso e più doloroso il centro. Il tumore screpola alla fin fine in un luogo (raramente in due o più luoghi) corrispondente al sacco l. o alla vicina sua circonferenza, e talvolta da esso più o meno lontano verso la metà della palpebra inferiore o verso la guancia, ed escono dalla morbosa apertura lagrime mescolate con materie mucoso-purulente. Queste materie dopo un tempo più o meno lungo diventano mucose e poi somiglianti alla chiara d'uova, e finalmente l'apertura si chiude alcune volte affatto ed altre volte si converte in un piccolissimo foro capillare, come si è già detto parlando della *dacryocistitide acuta*. Da questo punto, se il canale n. continua ad essere ostrutto, le lagrime tornano a raccogliersi bel bello nel sacco l., lo distendono e l'infermo è di nuovo obbligato di premere la sede del sacco per farle uscire dai punti l. o dal canale n. Rimane però sovente nella sede dell'apertura una piccola durezza simile ad un nocciolетto la quale fa presagire una nuova infiammazione suppurativa (*55). Finalmente

(*55) Da questa molto diversa è l'opinione di Scarpa intorno all'origine della fistola l. Egli crede che la così detta fistola l. cieca è d'ordinario il risultamento d'una morbosa secrezione di materia sebacea, granellosa, gialliccia e viscida che deriva dalle ghiandole meibomiane (da esso lui chiamata *flusso palpebrale puriforme*), e d'una tenue e soprabbondante mucosità risultante da vizio della membrana interna delle palpebre, specialmente di quella che riveste il tarso della palpebra inferiore: che in questo stato vedonsi la membrana interna dei tarsi rossa e come vellosa, il nepitello tumido e sparso di numerosissimi vasellini varicosi, ed i follicoli meibomiani turgidi,

dopo varie vicende di ritorni d'infiammazione, di nuovi ascessi e di nuove aperture, ne conseguita lo stato fistoloso permanente.

---

rilevati e leggermente ulcerati: che l'anzidetta materia in parte imbratta l'occhio e in parte discende nel sacco l., da dove si fa rifluire sull'occhio colla pressione: che in tale condizione di cose non v'ha ostruzione alcuna del canale n., nè vizio del sacco l.; ma soltanto un rallentamento nel corso delle lagrime per la tenacità e densità dell'umore mescolatovi, o per qualche flogistico inzuppamento della membrana del canale n., prodotto dall'irritante azione di quella materia. Egli distingue poi il *flusso palpebrale puriforme* in quattro periodi. Nel primo l'umore morboso mescolato colle lagrime può ancora passare nel naso senza distendere il sacco. Nel secondo la gran copia e densità di quell'umore e la già incominciata tumidezza della membrana interna del canale n., ne rendono imperfetto lo scaricamento nelle fosse n., onde il sacco s'intumidisce. Nel terzo l'acrimonia dell'umore e l'eccesso di distensione sono causa che il sacco l. e la cute che lo copre s'infiammino e suppurino, conseguitandone la fistola. Nel quarto in fine coesiste la carie dell'unguis. Niuno di questi stati morbosi può, secondo Scarpa, essere stabilmente vinto se non si combinano i mezzi atti a far cessare la morbosa secrezione palpebrale da cui in origine procedono.

Scarpa ha certamente renduto un grande servizio alla scienza ed all'umanità sia nel richiamare all'attenzione dei Pratici l'origine frequente della fistola l. da flogosi palpebrale, sia ancora nel proporre molti utili mezzi terapeutici. Ma, sia detto con tutto il rispetto che impone il suo gran nome, la ragione e l'osservazione dimostrano ch'egli ha dato troppa estensione ai suoi principj. E, vaglia il vero: 1.° l'osservazione aveva già provato a Maître-Jan, Eistero, Platner, Beniamino Bell, ecc., come prova tuttodì ad ogni Pratico, che le malattie delle vie l., compresavi la fistola, traggono molte volte la loro origine da infiammazione lenta della pituitaria. 2.° L'osservazione aveva pure già provato allo stesso Maître-Jan ed a Flajani, Hemly, Vaccà, Betti, ecc., come prova quotidianamente, che molte fistole l. sono dal principio alla fine scompagnate da vizio palpebrale, e che molte altre, lungi dal dipendere da questo vizio, lo traggono dopo di sè tosto o tardi, ordinariamente però nei loro periodi molto avanzati, sia che ciò dipenda dal regurgito delle lagrime, come pen-

CXXXIII. Non sempre però il sacco l., ancorachè violentemente infiammato, si esulcera e si apre; ma può succedere, come io vidi in un caso, che la sua in-

---

sava Boerhaave, sia che dipenda, come è più probabile, da diffusione flogistica dalle vie l. alle palpebre. In fatti Monteggia aveva già veduto in quest'ultimo caso quello ch'io vidi più volte, cioè il vizio palpebrale cessare colla sola cura diretta a vincere l'ostruzione del canale n. 3.° Anche nei casi in cui il vizio delle palpebre dà luogo a quello delle vie l. è cosa poco soddisfacente l'attribuire quest'ultimo all'imperfetto scaricamento dell'umore viscoso e tenace che discende dalle palpebre, ed al lento ingorgamento flogistico del canale n., dipendente dal contatto irritante di quell'umore; ma sarebbe cosa molto più conforme alle verità patologiche l'attribuirlo alla flogosi diffusa dalle palpebre alle vie l. Di fatto se quell'umore a cui, per analogia con altri simili umori, non si può negare un'azione di contatto irritante, fosse capace di produrre di per sè il vizio delle vie l., perchè non succederebbe questo costantemente in coloro i quali vanno da gran pezza soggetti al *flusso palpebrale puriforme*? E perchè, quando succede, non occorre esso nel principio dell'affezione palpebrale, ma sì bene quando questa ha già percorso lunghe fasi? Non è ciò forse una grande presunzione ch'esso dipende piuttosto dalla flogosi diffusa dalle palpebre alle vie l., la quale diffusione, quando la flogosi è cronica, è d'ordinario tardiva e lenta? Per altra parte, essendo una proprietà della flogosi tanto acuta quanto cronica il diffondersi più o meno presto alle parti continue e contigue, perchè la flogosi palpebrale andrebbe essa esente da questa legge? Per quanto spetta poi al solo ristagno dell'umore viscoso come causa meccanica della fistola l., si è già detto sopra (Annot. 44) che cosa se ne debba pensare.

Si crede che l'umore puriforme regurgitante dal sacco l. proviene dalle palpebre, « perchè, mezz'ora dopo vuotato esso sacco e nettato l'occhio, si trova questo di nuovo imbrattato dallo stesso umore senza che abbia potuto rifluire dal sacco; perchè nulla più rifluisce dal sacco allorchè le palpebre sono prese da forte infiammazione che ne sospende la secrezione; perchè il male guarisce medicando le sole palpebre; perchè non vi sono ghiandole sebacee nel sacco, nè nel canale n. » Questi argomenti non sono però incontrovertibili. Di fatto, senza negare che una gran parte dell'umore regurgitante dai punti l. provenga dalle palpebre, segnatamente quando il vizio di queste preesiste

fiammazione diffusa al tessuto celluloso circondante vi desti un ascesso e che questo si apra spontaneamente o coll'arte, rimanendo intatto esso sacco il quale, nel

---

a quello delle vie l., chi potrebbe però assicurare che in tal caso la mucosa delle medesime vie non sia essa pure affetta da infiammazione diffusa dalle palpebre, e non separi un simile umore? Se essa è capace di separarlo quando è presa da lenta flogosi primitiva senza vizio delle palpebre, perchè sarà inerte quando questo precede o coesiste? Se l'uretra, tuttochè fornita di sole ghiandole mucose e non sebacee, va soggetta ad una morbosa secrezione puriforme, non è cosa strana l'attribuire alle vie l. una secrezione a questa molto analoga, comechè vi s'incontrino solamente ghiandole mucipare. Oltracciò, in vece di dire che, quando le palpebre sono prese da forte flogosi che sospende la separazione del muco puriforme, nulla più regurgita dai punti l., perchè nulla più si separa in esse, non è essa cosa più conforme ad una severa logica il dire che vi è pure allora un ribalzo della flogosi delle vie l. per cui sono chiusi i suoi filtri mucosi, come sono chiusi i filtri sebacei delle palpebre?

Diminuendo o vincendo con opportuna medicazione il vizio delle palpebre, si fa certamente un gran passo verso la guarigione, quando il loro vizio è causa di quello delle vie l. Ma chi non vede che non si possono medicare le palpebre senza che si medichino nel tempo stesso le vie l. nelle quali scorrono di necessità i rimedj sciolti dalle lagrime? E chi non sa che gli stessi rimedj applicati alle palpebre, tuttochè sane, vincono spesso il vizio primitivo di esse vie l.? Finalmente, se il canale n. non fosse ostrutto, per qual ragione, diremo con Travers, l'umore puriforme una volta introdotto nel sacco regurgiterebbe esso dai punti l. in vece di discendere nel naso?

Per ogni modo Scarpa non ammettendo ostruzione nel canale n., ma solamente una tumidezza o un inzuppamento della mucosa delle vie l., ci conferma ognora più nell'opinione in cui siamo che il più frequente ostacolo *entrolagrimale* dipenda dal rammollamento spugnoso della detta mucosa.

Riepilogando risulta dunque che il flusso palpebrale puriforme è una frequente causa, ma non la sola del vizio delle vie l. che conduce allo stato fistoloso, e ch'esso lo genera non tanto per intasamento di quelle vie a cagione dell'umore sebaceo puriforme che in esse discende dalle palpebre affette o per l'irritamento che questo

caso per me veduto, si è dippoi bel bello avvizzito: in quella guisa che si osserva alle volte il tessuto celluloso circondante l'uretra comparticipare della flogosi *entrouretrale*, organica o no, e convertirsi in ascesso non comunicante colla medesima uretra (*56).

CXXXIV. Gli ostacoli che dipendono da una malattia diffusa dall'alto al basso cioè dalle palpebre alle vie l., sono ordinariamente la conseguenza di quella forma di flogosi cronica della congiuntiva palpebrale e delle ghiandole meibomiane, la quale è chiamata *flusso palpebrale puriforme, blefaritide catarrale* o *ghiandolosa*,

---

produce nella membrana mucosa che le riveste, quanto per vera diffusione flogistica, onde ne risultano poi, insieme con una morbosa secrezione mucosa di quelle vie, alcuni dei menzionati ostacoli, più spesso lo spugnoso.

(*56) Analogo al fin qui descritto è il corso della malattia quando le vie l. sono primitivamente assalite da lenta flogosi, se non che essa non è in tal caso preceduta da abituale o spesso ricorrente corizza, ma solamente in alcuni casi da doloretto muto o gravativo nella sede del sacco l. o in quella del canale n.: il quale sintomo da me in alcuni casi riconosciuto nel suo primo manifestarsi in quelli fra gli ammalati i quali sapevano meglio spiegare le loro sensazioni, passa talvolta inosservato o è attribuito a tutt'altra causa. Pressochè analogo è pure il corso della malattia sia quando essa dipende da flogosi diffusa da qualche vizio organico del naso (ozena, escrescenze carnose, ulcere erpetiche, celtiche, ecc.), sia quando succede ad altri ostacoli *estralagrimali* (polipi del naso, del seno mascellare, esostosi, ecc.), salvochè in quest'ultimo caso le lagrime che sgorgano dai punti l., continuano per lungo tempo ad essere schiette senza mescolanza di muco, per ciò che l'interrompimento al loro corso è d'ordinario per lunga pezza affatto meccanico, e non succede tale mescolanza fuorchè ben tardi cioè quando o per diffusione flogistica per lo più lenta dai detti ostacoli *estralagrimali*, o per l'azione delle loro cause cooperanti sulle vie l., o per la distensione che risulta dal frequente ringorgo delle medesime lagrime, esse vie s'infiammano ed ha luogo il morboso lavorio di muco.

blefaroblennorrea, *lippitudine*, *infiammazione purulenta delle palpebre*, *ecc.*, ed a cui vanno particolarmente soggette le donne ed i fanciulli d'abito linfatico. I fenomeni che li precedono ed accompagnano sono talvolta così leggeri che l'infermo non vi fa attenzione prima che il sacco l. diventi gonfio di muco e di lagrime. Il più sovente però egli prova nel primo periodo della flogosi un molesto prurito all'orlo delle palpebre, accompagnato prima da una sensazione di peso e poi da cociore alternante con un dolore pungente. I nepitelli diventano tumidi. Tanto essi quanto la congiuntiva palpebrale appariscono coperti di numerosi vasellini varicosi ed assai più rossi dell'ordinario e come vellosi. Alquanto tumide sono le ghiandole meibomiane. Impedito e doloroso è il moto delle palpebre. Maggiore è la secrezione delle lagrime, e queste sono calde, acri e generano escoriazioni sulla guancia: all'incontro sospesa è la secrezione dell'umore meibomiano. Aumentando la flogosi, si sospende anche la secrezione delle lagrime; l'occhio diventa secco ed i punti l. si corrugano e si chiudono. S'aggiunge un'incomoda sensazione che l'infermo prova muovendo le palpebre, e ch'egli paragona a quella che risulterebbe da un granello di sabbia interposto tra esse palpebre e l'occhio. Sì fatta sensazione è d'ordinario prodotta dall'ingrossamento delle ghiandole meibomiane e talvolta da piccole pustule ulcerate o no nel loro apice le quali, a guisa di piccole afte, spuntano sulla superficie delle congiuntive oculare e palpebrale. Tale è a un di presso il corso del primo periodo dell'anzidetta flogosi. Frattanto cessano l'aridezza dell'occhio ed i dolori cocenti e pungitivi, scomparisce la forma acuta della flogosi, e vi sottentra la forma cronica. Le ghiandole meibomiane separano

una quantità d'umore soprabbondante il quale, accumulandosi fra il sonno sui tarsi, si rappiglia e si converte in piccole croste che tengono le ciglia fra sè strettamente unite. Talvolta occorrono piccole pustule sulle palpebre ed ulceraziončelle nel lato interno dei tarsi, le quali dolgono al contatto dell'aria. Nel progresso del tempo la morbosa secrezione delle ghiandole di Meibomio si rende abituale, il dolore si estende dalle palpebre verso l'angolo interno dell'occhio, la lenta flogosi palpebrale si diffonde al sacco l. ed al canale n. il quale ne rimane per gradi ostrutto (*57).

(*57) Ammettendo noi l'ostruzione del canale n. come un fatto morboso essenziale nella produzione della fistola l., crediamo cosa utile lo esaminare alla sfuggita la contraria opinione di Richter di cui le sagaci indagini sopra quest'argomento sono tenute in gran conto. Egli crede che l'ostruzione del canale n. sia la più rara causa della fistola l.: che questa sia più frequentemente determinata da una causa interna (vajuolosa, morbillosa, scrofolosa, celtica, impetiginosa, ecc.): che di qui nasca la frequente inutilità della cura diretta a vincere l'anzidetta ostruzione, e il chiudersi e aprirsi la fistola a varii intervalli anche senza curare l'ostruzione del canale n., e il guarire essa sovente colla sola cura interna, e il passare in alcuni casi con facilità la tenta nel naso mentre si pratica l'operazione, ecc.

È vero che molte volte la fistola l. dipende da causa interna, e non può guarire senza combattere questa causa. Ma è altresì vero che Richter dà troppa estensione a questi principii, che anzi egli va errato nel ridurre a pochi casi l'ostruzione del canale n., e ciò per le seguenti ragioni: 1.° Monteggia in alcuni casi di necropsia incontrò quasi sempre la ristrettezza o la chiusura del canale n., ed io posso assicurare che in alcuni simili casi ho sempre incontrato, se non la chiusura totale, l'angustia di quel condotto. 2.° Le numerosissime guarigioni ottenute da Waten, Pellier, Dupuytren, Ansiaux, Venturoli, Regnoli, Camici, Taddei, Malagodi e da me col solo introdurre una cannuccia a permanenza nel canale n., non provano esse ad evidenza essere cosa contraria alla verità che la sua

Allora s'incomincia ad incontrare verso il grand'angolo dell'occhio una leggera tensione da prima, e poi un vero tumore circoscritto ed elastico il quale compresso svanisce, uscendo dai punti l. o fluendo nel naso lagrime mischiate con muco granelloso, biancastro o

---

ostruzione sia una rara causa della fistola l.? 3.° Il ritorno della fistola guarita prima con opportuna operazione non è sempre da attribuirsi alla continuazione d'azione d'una causa interna, ma bensì alla naturale tendenza che hanno a ripetersi le ostruzioni dei condotti mucosi, soprattutto quando dopo la guarigione non si fa più uso dei mezzi che meccanicamente li distendono. Ciò è ancora provato dal vedere spesso il ritorno della malattia, anche quando è indipendente da causa interna, come vediamo sovente ritornare gli ostacoli dell'uretra, avvegnachè dipendenti da sola causa locale. 4.° Benchè la fistola l. sia spesso intermittente, cioè si chiuda e si apra a diversi intervalli anche senza curare l'ostruzione del canale n., non se ne debbe però inferire che tali differenze provengano dalla variante azione delle cause interne: perciocchè simile andamento osservasi pure nelle fistole così lagrimali come uretrali indipendenti da queste cause. 5.° Anche quando la fistola dipende evidentemente da causa interna si può bensì rallentarne i progressi, vincendo questa causa, ma non è vero che se ne possa ottenere la guarigione, salvi forse i casi di fistola da causa celtica. Dico *forse*, giacchè, senza negare fede alle osservazioni d'alcuni Autori, io debbo dire che fin qui ho sempre osservato tali fistole resistere all'azione del mercurio e cedere solamente all'opportuna operazione. 6.° Il facile penetrare della tenta nel naso nell'atto operativo non prova punto essere il canale n. libero da ostacoli, ma prova solamente essere esso affetto da ostacolo spugnoso di cui è proprio il crescere con molta facilità (Annot. 44), talvolta per una lieve causa (raffreddamento del corpo, umidità atmosferica, ecc.), come n'è pure proprio il decrescere con molta prontezza. 7.° Nelle fistole l., come riflette saggiamente Monteggia, superstiti ad antico vajuolo o a morbilli, è cosa più che probabile che non una causa morbosa universale, ma solo una locale mantenga la fistola: nè pare che tali fistole siano a tanto remota epoca da trattarsi con interni rimedj, come sembrerebbe, secondo Richter, doversi fare.

gialliccio. Questo muco si raccoglie d'ordinario nelle vie l. più presto che negli altri casi d'ostruzione, epperciò l'infermo è più spesso obbligato di premere il sacco, onde espellirnelo. Basta anzi talvolta la pressione del muscolo orbicolare nello stringere le palpebre per vuotare il sacco e far rifluire l'umore contenutovi dai punti l., in modo tale da innondare la superficie dell'occhio (*58). Giunto il morbo a questo grado, poco richiedesi pel suo avanzamento verso l'ulcerazione del sacco, la quale suole essere accompagnata dagli stessi accidenti sopra notati (§ CXXXII), salvochè nel caso di cui si ragiona il processo suppurativo è d'ordinario d'un corsó più rapido (*59).

(*58) Raffrontando i sintomi di ciascuna delle due maniere d'ostruzione fin qui esaminate risulta che, oltre ad alcune altre differenze, vi è pure questa che nella prima maniera cioè in quella che risulta da una flogosi lenta ascendente dal naso verso le vie l., le lagrime che riboccano dai punti l. sono per lungo tempo schiette o poco intorbidate, anche quando vi è già il tumore l., laddove nella seconda maniera esse sono mischiate con muco e torbide fino dai primi tempi della malattia.

(*59) La precedente descrizione ragguarda solamente la malattia nel suo ordinario andamento. Questa va però soggetta ad alcune variazioni dipendenti dal genere di vita e dalla costituzione dell'ammalato, dalla causa e forma della flogosi, ecc.; variazioni di cui io accennerò di volo alcuni esempj, giacchè sarebbe cosa troppo lunga il dirne in un modo circostanziato. Nelle persone p. e. fornite di temperamento nervoso succede talora che il flogistico lavorio delle vie l. sia accompagnato, segnatamente nel suo principio e ne' suoi ribalzi, anche leggeri, da senso di grave peso nell'occhio, da forti dolori nel tragetto dei nervi della fronte, dei denti, specialmente canini, ecc. Quando la flogosi ha la forma scrofolosa, la morbosa secrezione di muco è molto abbondante, mentre essa è scarsa allorchè ha la forma impetiginosa, reumatica, ecc.: parimente nel primo

CXXXV. L'affezione testè descritta delle vie l. non è sempre così semplice nelle sue conseguenze, come si è fin qui detto, ma essa produce talvolta la scopertura, carie o necrosi delle ossa vicine, la chiusura o la distruzione d'uno o d'ambi i condotti l., e tal altra, però di rado, dà luogo all'ulcerazione del sacco l. dalla parte della cavità orbitale (Vogels) e non dalla sua parte anteriore, oppure da ambe le parti (Osserv. XII). In alcuni casi ne succede l'induramento, la chiusura o una gran perdita di sostanza del sacco l.

CXXXVI. Quando ambi i condotti l. rimangono chiusi succede sovente che il sacco l. ed il canale n. non più percorsi dalle lagrime, si restringano insensibilmente e ciò soprattutto se cessa in essi il lento lavorio flogistico. Ma se queste parti continuano ad essere affette da lenta flogosi con morbosa secrezione blennorragica, accade allora che il muco in esse separato esca solo per la morbosa apertura del sacco l. senza mescolanza di lagrime, o, se l'apertura è già chiusa, ristagni in esso sacco, lo distenda e alzi in un tumoretto il quale s'avvizzisce mediante la pressione, passando le materie

---

caso cessa talvolta affatto quella secrezione nella calda stagione, della qual cosa gli infermi inesperti manifestano una grande e prematura gioja, giacchè sovente, al primo cangiamento della stagione in fredda ed umida, la malattia ritorna. Quando havvi un qualche rapporto tra la malattia delle vie l. e la funzione mestruale o l'affezione d'un organo o d'una viscera importanti, vedesi quella ribalzare all'epoca in cui s'esacerba l'affezione di questi o ritornano i mestrui. Oltracciò, quando il morboso lavorio locale è l'effetto di una causa interna, esso è spesso accompagnato da fenomeni costituzionali fra sè tanto disparati quanto varia è la causa o scrofolosa, o celtica, o impetiginosa, ecc. che lo hà generato e lo mantiene.

contenutevi nel naso, e si riempie di bel nuovo poco tempo dopo (*60). Quando poi insieme colla morbosa secrezione di muco nel sacco l. non ulcerato al di fuori, havvi la chiusura dei condotti l. e del canale n., allora esso muco si raccoglie nel detto sacco e lo alza in tumore senza poterne uscire in alcuna maniera, risultandone la malattia così detta *idropisia* del sacco l. o (Kenzie) *mucocele*.

CXXXVII. L'*idropisia* non debbe confondersi coll'*ernia* del sacco l. risultante dallo spostamento di quest'organo dalla sua sede naturale. Quest'affezione, ammessa dagli Antichi, fu per lunghissima stagione o messa in dubbio o negata da Pratici sommi i quali non seppero mai restare capaci che il sacco l. fisso e in gran parte come incastonato nella doccia l., potesse uscire dalla sua sede. Vinse quindi l'opinione che la malattia chiamata dagli Antichi *ernia* del sacco l. non altro fosse fuorchè la sua dilatazione, e siccome male si conveniva chiamare *ernia* la semplice dilatazione del sacco, così se ne bandì insino lo stesso nome. Ma ai nostri tempi l'opinione degli Antichi è stata rimessa in onore da Walther il quale dice d'avere osservato un caso di vera *ernia* del sacco l.

CXXXVIII. In grazia delle differenze fin qui notate nelle cause, nell'andamento, nelle conseguenze, ecc. della fistola l. essa dividesi in *semplice* e *complicata* (*61). Dicesi *sem-*

(*60) Tre casi di questa natura sono stati osservati, uno da Anel e due da G. L. Petit (Sabatier Méd. Operat.).

(*61) Ai tempi andati si distingueva la fistola in *perfetta* ed *imperfetta* o *cieca*; in *recente* ed *inveterata*; in *leggera* ed *ostinata*; in *continua* ed *intermittente*; in *fistola con ostruzione e fistola senza*

plice quella che ha una sola apertura, corrispondente al sacco l., con orli molli, e occorre in persona per altra parte sana. Dicesi all'incontro *complicata* quella che ha più aperture esterne le quali si riuniscono in una sola dalla parte del sacco: quella di cui l'apertura esterna è molto lontana dal sacco l. (62): quella che, per la sua lunga durata o per il lungo uso delle taste o di corpi dilatanti, è callosa: quella che è accompagnata da fungosità della membrana interna del sacco l.; da induramento o perdita di sostanza di questo; da grave perdita di sostanza della pelle; da scopertura, carie o necrosi delle ossa vicine; dalla presenza d'un corpo straniero; da chiusura d'uno o d'ambi i condotti l.; da morbosa apertura del tramezzo lagrimo-nasale; da fistola l. del lato opposto: quella in fine che è generata o fomentata da una causa interna impetiginosa, celtica, scrofolosa, ecc., o da ostacoli *estra-lagrimali.*

CXXXIX. Parlando della diagnosi noi considereremo l'ostruzione delle vie l. sotto il triplice aspetto d'ostruzione principiante senza tumore e fistola l., d'ostruzione con tumore l. e d'ostruzione con fistola semplice o complicata.

CXL. Se, durante o dopo una lenta flogosi di lungo corso della congiuntiva o della pituitaria, ha luogo uno stil-

---

ostruzione del canale n.; in *vera* e *falsa* che è l'*aegilope*, cioè un'ulcera nel canto interno dell'occhio non penetrante nelle vie l. Queste distinzioni sono ora pressochè del tutto dimenticate senza danno della scienza.

(62) Quando la fistola l. è inveterata e la sua apertura esterna è lontana dal sacco l., essa è, a guisa degli altri condotti fistolosi, rivestita da una membrana accidentale la quale in circostanze opposte non s'incontra mai (Annotaz. 16).

licidio più o meno costante di lagrime con aridità della narice corrispondente, non rimane dubbio essere le vie l. comprese da lenta flogosi con gonfiezza della loro membrana interna, e ciò tanto più se si vedono i punti lagrimali tumidetti, porporini e più ristretti del solito, giacchè questi sogliono rappresentare il lento lavorio *entrolagrimale*, come il meato urinario rappresenta lo stato flogistico lento più o meno profondo dell'uretra, e la lingua quello delle vie della digestione, spezialmente del ventricolo.

Conviene però qui distinguere il caso in cui la flogosi si diffonde dalla congiuntiva, da quello in cui essa si propaga dalla pituitaria. Imperocchè nel primo caso si sarà incerti nel decidere se la causa dello stillicidio sia nei condotti l. ovvero nel canale n., mentre nel secondo si avrà quasi la certezza ch'essa è nel canale n. il quale è stato il primo affetto dalla flogosi diffusa.

CXLI. Se, dopo ciò, occorre un tumore nell'angolo interno dell'occhio, avente i caratteri altrove notati (§ CXXXII), e se, comprimendo questo tumore, escono dai punti lagrime pure o mischiate con muco, ed una parte di esse cola nel naso, diventando intanto appassito e rugoso il medesimo tumore per riempiersi di bel nuovo, è cosa chiara ch'esso è fatto dal sacco l. disteso da umori entro raccolti a' cui il canale n. ostrutto impedisce la libera discesa nel naso.

CXLII. Sarà segno che piccola, grande o totale è l'ostruzione del canale n., se, comprimendo il tumore dalla parte dei punti l. in modo da impedire il ringorgo degli umori contenutivi (Annotaz. 52), questi colano presto o lentamente nel naso, o non colano nè poco nè punto. In quest'ultimo caso il tumore l., oltrechè è più voluminoso, ricomparisce anche più presto

dopo che è stato vuotato colla pressione. La facilità o la difficoltà con cui penetrerà nel canale n. il catetere introdottovi dalla parte del naso, sarà un'ulteriore prova del maggiore o minore grado dell'ostruzione.

CXLIII. Se, comprimendo il tumore l. direttamente dal davanti all'indietro (Annotaz. cit.), gli umori contenutivi non isgorgano se non se da un punto l., o non rifluiscono nè dall'uno nè dall'altro, ma passano nel naso; se vi è nel tempo stesso lo stillicidio di tutte o d'una parte delle lagrime, sia il sacco l. vizzo o pieno, e se è impedito il passaggio dello specillo o della materia dell'injezione per un solo o per ambi i condotti l., non rimane alcun dubbio che il tumore l. è complicato da ostruzione d'uno o d'ambi i condotti l., e che in quest'ultimo caso la materia contenuta nel sacco è solo muco senza lagrime.

CXLIV. Se, comprimendo dal davanti all'indietro il tumore l., l'umore contenutovi passa nel naso e non isgorga dai punti l.; se lo stillicidio delle lagrime succede soltanto quando il sacco è pieno, e cessa quando è vuoto; se mancano gl'indizj d'*atonia* dei punti l. (§ CIII); se la materia dell'injezione fatta pei punti l. passa dentro il sacco e lo distende, e se facile è il passaggio dello specillo pei condotti l., è segno che questi sono liberi; che non è perduta la facoltà assorbente dei punti l., nè la forza contrattile dei condotti l.; e che l'impedito sgorgo delle lagrime dai punti l. dipende probabilmente dalla tumefazione dell'estremità (Osserv. XVI) dei condotti l. sporgente nel sacco (*63),

---

(*63) Succede in tal caso ciò che occorre talvolta di osservare negli ammalati affetti da tumefazione del così detto lobo medio della

o forse da una morbosa piega della membrana che lo riveste, la quale piega chiuda, a guisa di valvula, l'estremità inferiore dei condotti l. ed impedisca il riflusso degli umori dal sacco senza impedirne l'afflusso. Il solo rammollamento spugnoso della membrana interna dei condotti l. non sarebbe bastante a impedire il riflusso degli umori dal sacco.

CXLV. Allorchè da un'ulcera dell'angolo interno dell'occhio escono lagrime miste con muco o pus; coesiste aridità della narice corrispondente, ed uno specillo introdotto in quell'ulcera penetra nel sacco l., si ha la certezza che la malattia è una fistola l., e non una semplice *aegilope*.

CXLVI. Quando l'apertura fistolosa è lontana dall'angolo interno dell'occhio, può il giovine Chirurgo essere incerto se essa penetri nel sacco l. Ma i preceduti violenti sintomi infiammatorii del sacco, l'accresciuto scolo dall'apertura fistolosa per la compressione del medesimo, lo specillo e le injezioni tolgono ben presto ogni dubbio a tale riguardo.

CXLVII. Quando il tumore l. scoppia soltanto dalla parte della cavità orbitale, è stato osservato da Vogels che l'esteriore sua tumefazione cessa tutt'a un tratto; che poco dopo gonfiano assai le palpebre, la congiuntiva oculare ed infino la guancia, e che l'occhio è invaso da acerbo dolore. Ma allora quando il tumore scoppia nello stesso tempo dalla parte dell'occhio e dalla parte anteriore, come nel caso per me visto, minori sono i sintomi infiammatorii dell'occhio e delle palpebre, e,

---

prostata, i quali espelliscono tanto più difficilmente le orine, quanto più fanno sforzo per orinare.

introducendo uno specillo nell'apertura della parete anteriore del sacco l., esso penetra ad una grande profondità dal lato della cavità orbitale.

CXLVIII. Se dall'apertura fistolosa altro non esce se non se muco puriforme senza mescolanza di lagrime; se queste cadono tutte sulla guancia dal lago l.; se lo specillo o la materia dell'injezione passano pei punti l. nel sacco, e se coesistono i segni d'atonia dei punti e condotti l. altrove accennati, havvi fondamento di credere che sia abolita la forza succhiante dei punti e la contrattilità dei condotti l. Se ne acquista poi la certezza se, instillato un liquore colorato fra le palpebre, questo non scomparisce dal luogo in cui s'instilla e non ne rimangono perciò tinte le materie che escono dall'apertura fistolosa.

CXLIX. Quando il sacco l. di cui la materia sia stata evacuata pei punti lagrimali o per un'apertura del grand'angolo dell'occhio, non si offre vizzo, ma elastico o duro, è ciò un indizio che nel primo caso la membrana interna del medesimo sacco è coperta di carni fungose, e che nel secondo le sue pareti sono indurate.

CL. La scopertura, la carie o la necrosi delle ossa vicine, siano esse causa o effetto dell'affezione delle vie l., possono coesistere col tumore o colla fistola l. (*64). Nel primo caso il sacco non è aperto fuorchè dalla parte dell'osso affetto che è ordinaria-

---

(*64) È cosa rara rarissima che questi vizj ossei sieno scompagnati da tumore o fistola l. Eistero riferisce però un caso in cui egli incontrò la carie dell'unguis con ostruzione delle vie l. senza tumore e senza fistola l.

mente l'unguis, e nel secondo esso è aperto in due luoghi cioè esternamente e dalla parte dell'osso.

CLI. Quando la carie o la necrosi coesistono col tumore l., havvi ora un'apertura comune al sacco l., all'unguis ed alla membrana pituitaria, ed ora no: in ambi i casi però il tumore l. è livido, più molle e più esteso del solito, con questa differenza che, esistendo quella interna apertura comune, basta una piccola pressione per vuotare il tumore, e gli umori in questo contenuti passano prestamente nel naso; mentre nel caso contrario richiedesi per ciò una pressione più forte, e gli umori contenuti escono ordinariamente parte pel canale n. e parte pei punti l. Qualunque sia poi il luogo da cui la materia scaturisce, essa è per lo più tenue, abbondante, oscura, fetente, icorosa, talvolta sanguigna, come nelle altre specie di carie, e comunemente così acre che escoria la cute della guancia o la pituitaria (*65). Havvi pure talvolta fetore di naso. Si può ancora presumere la presenza della carie o della necrosi dalla lunghissima durata della malattia.

CLII. La diagnosi della carie o necrosi coesistente colla fistola l. si ricava, meno dagli indizj testè detti i quali si desumono dalla quantità e qualità della materia e dal vedere sovente vegetazioni fungose d'ordinario nerastre le quali s'alzano dal sacco l., che dai risulta-

---

(*65) Eistero però dice d'avere veduto alcuni infermi affetti da fistola l. con carie senzachè le materie fossero diverse nel colore e nella loro natura da quello che sono nei casi ordinarii di fistola l. Per altra parte la sperienza dimostra che gli anzidetti indizj di carie desunti dalla natura del pus mancano talvolta anche nei casi d'ulcere cariose delle altre parti del corpo.

menti dell'esplorazione, la quale si può praticare pel foro fistoloso. Essendovi necrosi si tocca collo specillo l'osso scoperto, ma non iscabro; laddove, nel caso di carie, esso si tocca aspero, corroso e rammollato. Conviene anche qui distinguere il caso in cui vi è la morbosa apertura del tramezzo lagrimo-nasale, da quello in cui non occorre sì fatta apertura; essendochè, se l'apertura fistolosa esterna è ampia, si potrà anche conoscere la morbosa apertura interna del tramezzo lagrimo-nasale dall'aria e dal muco nasale che escono dal fondo della fistola mentre l'infermo si soffia il naso. Ciò non pertanto siccome potrebbe accadere che il canale n. non fosse affatto ostrutto e che perciò l'aria ed il muco passassero per esso, così non si dovrà tenere come certa sì fatta prova, se prima non si sarà turato il detto canale col mezzo d'una piccola minugia, come fece G. L. Petit.

CLIII. La diversa direzione dello specillo che tocca l'osso, e la differenza che, per rapporto al suono, risulta nel toccare con esso il sottile osso unguis, o il compatto osso della mascella, faranno ancora conoscere quale delle due ossa è scoperto o affetto da carie o da necrosi. Per ultimo il giovine Chirurgo debbe guardare di non confondere il suono che risulta da un osso carioso o necrotico con quello che proviene da una concrezione calcolosa delle vie l. (*66).

(*66) Conviene altresì che il giovine Chirurgo guardi di non confondere colla carie che coesiste col tumore o colla fistola l., la carie delle ossa dell'orbita o dell'apofisi nasale dell'osso coronale, senza lesione del sacco l., di cui parlano Arnaud, Garengeot, Weller ed altri. In un caso di questa natura Arnaud confessa candida-

CLIV. Si conosce la fistola l. dipendente o fomentata da vizio scrofoloso, celtico, erpetico e simili, dall'abito del corpo e dalla natura e dall'andamento delle altre *località* che per avventura coesistono. Oltracciò si possono in alcuni casi rilevare dall'aspetto dell'ulcera fistolosa alcuni degli speciali caratteri del vizio scrofoloso, celtico, erpetico, ecc. La conosciuta natura degli ostacoli *estralagrimali* rende facile la diagnosi del tumore e della fistola l. dai medesimi dipendenti.

CLV. Si può fino a un certo segno presumere che l'ostruzione del canale n. trae origine da un ostacolo spugnoso, dall'avere essa conseguitato un lungo flusso palpebrale puriforme in persona scrofolosa, e dalle frequenti vicende d'incremento e decremento che hanno i sintomi dell'ostruzione in tutto il corso della malattia. Se poi vi è tumore l. si può acquistarne la certezza coll'introdurre, quando la cosa è possibile, un catetere sodo nel canale n. dalla parte del naso, il quale vi penetrerà molto più agevolmente che nei casi d'ostruzione dipendente da ostacoli duri; e, se vi è fistola, coll'introdurre per essa entro il medesimo canale uno specillo il quale non incontrerà o incontrerà poca difficoltà nel penetrarvi. Dal luogo in cui s'arrestano il catetere introdotto nel canale n. o lo specillo introdotto nel foro fistoloso, si verrà ancora in chiaro della sede degli ostacoli duri.

CLVI. Si conosce l'idropisia del sacco l. dal vedere

---

mente di essere caduto nell'errore e d'avere infruttuosamente eseguito l'operazione della fistola l. Il luogo occupato dall'osso carioso e i segni negativi del tumore e della fistola l. basteranno in tal caso per premunirlo dall'inganno.

nell'angolo maggiore dell'occhio un tumore d'ordinario duro, senza fluttuazione o con fluttuazione profonda, bislungo, indolente nel principio, d'un colore livido-rossigno, il quale cresce di giorno in giorno sino al volume d'un uovo di piccione, non può vuotarsi neppure con una forte pressione ed impedisce la chiusura delle palpebre dal lato interno. Quando il sacco l. è giunto al massimo grado di distensione e minaccia di aprirsi, l'infermo prova una molesta sensazione di tensione nella cavità nasale, nella regione orbitale e nell'occhio, la quale aumenta al tatto. La materia contenuta nel tumore è ora fluida ed ora rappigliata come gelatina a cui ha qualche somiglianza. La sola malattia con cui l'idropisia potrebbe essere confusa è l'*ankilope* scirrosa e la cistica. Si eviterà però ogni sbaglio nella diagnosi se si riflette che nell'*ankilope* è, all'opposto di quanto succede nell'idropisia, libero il trascorrimento delle lagrime per le vie naturali, almeno nel principio della malattia, e che non è impedita l'introduzione d'uno specillo nel sacco l. pei punti l. Si può eziandio distinguere l'idropisia dall'ankilope scirrosa pel diverso rapporto di durezza d'ambe le malattie.

CLVII. Non havvi alcun indizio positivo del polipo del sacco l. finchè questo è piccolo: ma, se il polipo è già un tal poco voluminoso, se ne può presumere l'esistenza dai seguenti indizj: il tumore del sacco l. diminuisce colla pressione, ma non svanisce del tutto, ed esso è mobile, duretto, resistente al tatto e rotondo o globoso. Di maggiore rilievo sono questi indizj se il canale n. ed i condotti l. sono sufficientemente liberi sì, che le lagrime ed il muco contenuti nel sacco l. possano uscirne mediante la pressione e ri-

manga in conseguenza meglio tangibile la parte del tumore fatta dal polipo.

CLVIII. Non avendo io mai avuto occasione di vedere la vera ernia del sacco l., credo fare cosa grata al giovine Chirurgo, parlando della diagnosi di questa rarissima malattia, di riferire il caso veduto da Walther il quale offre i segni che sono probabilmente caratteristici dell'ernia del sacco l. Il soggetto dell'osservazione di Walther era un vecchio cacochimico di cui tutte le parti del corpo e specialmente il sistema muscolare erano nel massimo rilassamento. Il sacco l. non era nè dilatato, nè più voluminoso di quello il sia nello stato sano; ma era soltanto fuori della cavità destinatagli dalla natura, ricoperto dalla pelle e dal muscolo orbicolare delle palpebre notevolmente assottigliato. Compariva perciò nell'angolo interno dell'occhio un tumore circoscritto, molle, indolente, del colore della cute e di forma ovale simile alla forma naturale del sacco. Una leggera pressione bastò per riporre il sacco nella sua sede naturale: la qual cosa ebbe luogo con un lieve rumore e senza uscita d'alcun liquido dai punti l. nè dal canale n.

CLIX. Diverso è il pronostico delle lesioni delle vie l. fin qui descritte, secondochè esse sono fatte da soluzioni di continuo cruente o ulcerative, ovvero da ostacoli congeniti o accidentali, e secondo le cause, i progressi, la semplicità o complicazione di queste soluzioni di continuo e di questi ostacoli, gli accidenti che sopraggiungono nel loro corso, ecc.

CLX. Muovendo da queste differenze fondate sull'osservazione si può in genere stabilire quanto segue:

1.° Facile è la guarigione della ferita semplice e recente del sacco l. perchè, essendo libero il canale n.,

le lagrime non si soffermano nel detto sacco, epperciò manca ogni impedimento alla pronta consolidazione della morbosa apertura.

CLXI. 2.° Infausto è il pronostico della fistola l. con grave perdita di sostanza del sacco, prodotta da *ankilope* suppurativa, ferita lacerata e contusa, antrace, ulcera cancerosa, ecc., o venuta in seguito all'estirpazione di un tumore scirroso o d'altra natura; giacchè in tali occorrenze, oltre alla difficoltà di vincere alcune di queste malattie producitrici della fistola, le rimanenti parti del sacco si corrugano e si aboliscono, o rimane distrutta o chiusa da cicatrice l'estremità dei condotti l., o l'apertura del medesimo sacco continua a stare aperta con istillicidio delle lagrime. In quest'ultimo caso disturando bene il canale n. o, meglio ancora, introducendovi dentro una cannuccia e lasciandola a permanenza, sarebbe forse ancora cosa possibile di riparare tanto o quanto all'uscita delle lagrime per l'apertura fistolosa.

CLXII. 3.° Insanabili sono gli ostacoli congeniti risultanti dalla mancanza o chiusura del sacco l.: all'incontro è cosa difficile, ma non impossibile, di riparare alla mancanza congenita del canale n.

CLXIII. 4.° Favorevole è in genere il pronostico degli ostacoli fatti da corpi stranieri.

CLXIV. 5.° In alcuni casi l'ostruzione non è sanabile se non se formando una nuova via alle lagrime a traverso del tramezzo lagrimo-nasale, come nel caso di frattura con tale depressione delle ossa che il canale n. rimanga cancellato, ed in alcune altre congiunture che si diranno più avanti.

CLXV. 6.° L'ostruzione delle vie l. è più difficile a vincersi quando dipende da causa interna o costituzionale, che all'opposto. Fra le cause interne poi alcune,

come la celtica, l'impetiginosa e la reumatica, sono comunemente più facili a debellarsi che la scrofolosa e la gottosa.

CLXVI. 7.° L'Arte è d'ordinario altrettanto potente nella cura dell'ostruzione dipendente da ostacoli *estralagrimali* amovibili, come polipo benigno o ulcere celtiche del naso, esostosi sifilitica; quanto è impotente allorchè l'ostruzione trae origine da ozena, da ulcera cancerosa o fungosa delle fosse nasali o del seno mascellare.

CLXVII. 8.° Finchè gli ostacoli accidentali *entrolagrimali* sono nel loro principio ed ancora scompagnati da tumore e fistola l., possono essere vinti dall'Arte coi soli mezzi della Chirurgia medica. All'opposto essi richiedono d'ordinario mezzi operativi allora quando sono già seguiti da tumore e fistola l. Debbonsi però eccettuare gli ostacoli spugnosi i quali cedono sovente ai soli mezzi della Chirurgia medica anche nei loro periodi molto avanzati.

CLXVIII. 9.° Irreparabile è la lesione delle vie l. generata dal fungo del sacco o canale n.

CLXIX. 10. Favorevole è il pronostico dell'ostruzione semplice, qualunque ne sia il grado, se non che essa, a guisa dell'ostruzione degli altri condotti mucosi, si riproduce sovente dopo la guarigione.

CLXX. 11. Molto non raggravano la fistola l. nè il maggiore o minore numero delle aperture esterne, nè l'essere queste callose o lontane dalla sede del sacco, nè la corrosione del medesimo sacco dal lato dell'orbita con o senza apertura nella sua parte anteriore, purchè in quest'ultimo caso i sussidii dell'Arte siano in tempo opportuno amministrati.

CLXXI. 12. La tumidezza dell'estremità dei condotti l. aperta nel sacco, la quale impedisce il regurgito delle

lagrime, suole cessare dopo la guarigione del tumore e della fistola l.

CLXXII. 13. Assai vario è il pronostico dell'ostruzione delle vie l. accompagnata da vizio dei punti o condotti l., secondochè questo è di natura corrigibile o incorrigibile, della quale cosa si è già fatto menzione altrove.

CLXXIII. 14. L'idropisia del sacco l. si potrà in ogni caso guarire: sarà pure possibile di ristabilire il canale n. o di sostituirvi un'artificiale apertura fatta nel tramezzo lagrimo-nasale. Ma vi rimarrà un irremediabile stillicidio delle lagrime, se i condotti l. sono ad un tempo chiusi da una soda ed estesa aderenza; ovvero, non essendo questi chiusi in un modo irreparabile, rimarrà cosa incerta, al dire di Weller, se, vinta l'idropisia, essi ricupereranno la loro facoltà contrattile.

CLXXIV. 15. Grave è in generale la complicazione d'un vizio delle ossa, e ciò tanto più se questo ha sede nell'apofisi verticale della mascella superiore. In particolare poi l'osservazione ha provato che la semplice *scopertura* suole guarire spontaneamente per mezzo di vegetazioni carnose, e che difficile e lenta è la guarigione della *carie* e *necrosi*, giacchè i margini del periostio corroso che circondano l'osso carioso o necrotico, non possono approssimarsi e coprirlo fuorchè quando tutta la sua parte affetta sarà stata espulsa. Per rapporto poi alla carie o necrosi dell'osso unguis, tanta è la sottigliezza di questo che, dopo la guarigione della medesima carie o necrosi, il tramezzo lagrimo-nasale rimane quasi sempre perforato, e ne succede talvolta la perfetta guarigione del tumore o della fistola l. senza

artifiziale cura locale (*67). Non sempre però così benigna è la terminazione del vizio delle ossa, ma ben sovente questo s'estende al tessuto spugnoso dell'osso etmoide e lo distrugge, ed attacca talvolta pure le ossa del naso inducendovi una deforme depressione nella radice, e ciò soprattutto quando esso è dipendente da causa sifilitica.

CLXXV. 16. Nel corso dell'ostruzione delle vie l. succedono talvolta naturalmente o per caso alcune azioni e reazioni organiche, sane o morbose, che ne accelerano o ritardano i periodi o sono anche seguite dalla guarigione. Di fatto si possedono molti esempj di stillicidj anche inveterati di lagrime i quali cessarono spontaneamente all'epoca della pubertà, nell'occasione d'una gravidanza, ecc. Nessi fa menzione d'alcune fistole l. guarite nel corso d'un'accidentale risipola dell'angolo maggiore dell'occhio. Non ha guari io vidi due volte l'ostruzione già assai inveterata delle vie l. con principiante tumore l. e con regurgito delle lagrime mischiate con muco dai punti l., cessare quasi del tutto in un caso (Osserv. XVII.) durante il corso d'un'accidentale *dacryocistitide* acuta (*68), e nell'altro (Os-

---

(*67) Monteggia riferisce due casi, uno visto da esso lui e l'altro da Jaeger, in cui la fistola complicata da carie guarì nel sopra detto modo. Maître-Jan riferisce pure due casi di fistola l. accompagnata da carie dell'unguis, in cui, non avendo gli ammalati voluto sottoporsi all'operazione stata loro proposta, la natura rigettò per isfogliazione le porzioni d'ossa cariose, ed eglino ottennero una perfetta guarigione senza il menomo incomodo.

(*68) Naturale è la ragione di questo fatto. L'ostruzione è in gran parte fatta da tessuti di *nuova formazione* i quali, irrorati da una grande copia di sangue che vi attrae la flogosi acuta, sono, come

servaz. XVIII.) in seguito ad una blefaritide flemmonosa (*69). Io vidi pure due volte la malattia svanire nel suo primo periodo mediante un energico metodo antiflogistico diretto a vincere in un caso una pleuritide e nell'altro una metritide, ambe acutissime. All'opposto io ho in un altro caso osservato la malattia fare rapidamente il passo dal suo primo periodo all'ultimo nel corso d'un'accidentale risipola dell'angolo interno dell'occhio.

CLXXVI. 17. Non si debbe finalmente passare sotto silenzio che se, mentre l'ostruzione con tumore o fistola l. è recente e fuori dei risalti flogistici, l'ammalato si lagna solamente d'un po' di debolezza della vista dal lato affetto, della lagrimazione che s'aumenta ad ogni leggero stimolo, dell'escoriazione che ha talvolta luogo nelle guance a cagione dello stillicidio delle lagrime, della schifosa deformità che ne risulta e dell'asciugaggine della narice corrispondente la quale è però un incomodo pressochè da nulla; essa riesce poi ben

---

tutti i tessuti di *nuova formazione*, facili a rammollarsi ed anche a disfarsi, ed in questo stato acquistando nuovi rapporti coi vasi linfatici soffrono una specie di fusione per assorbimento. Acciò si fondano i tessuti di nuova formazione nel leucoma, nell'ankilosi consecutiva a lenta flogosi dei ligamenti, ecc. non procuriamo noi, se non una flogosi, un'irritazione artificiale col laudano, colla tuzia, col calomelano, colla pomata del Janin, ecc. nel primo caso; e col moto, coi fanghi naturali o artifiziali e simili nel secondo? Oltracciò è cosa conosciuta per molti fatti che la flogosi acuta innestata sopra un tessuto affetto da flogosi lenta, vi eccita talvolta un'utile azione che cancella l'antecedente cronico lavorio.

(*69) Da questi esempj si rileva non essere vera l'asserzione di Boyer *che il tumore l.* non guarisce mai spontaneamente o per opera delle sole forze della natura.

altrimenti grave quando è per lunghi anni incurata e negletta. Imperciocchè in tale caso sogliono moltiplicarsi le aperture fistolose, guastarsi anche a qualche distanza le ossa prima illese o poco lese, e, per estensione della flogosi *entrolagrimale* alle palpebre ed all'occhio, nascere inspessamento o sciarpellamento di dette palpebre, ottalmitidi croniche con cicatrici o nuvolette sulla cornea, cecità perfetta o imperfetta, e talvolta insino l'atrofia (Dionis) dell'occhio (*70).

(*70) L'ostruzione delle vie l. una volta principiata cresce poi e si moltiplica pei suoi effetti e per l'azione stessa delle parti ammalate. Così p. es. il sacco l. infiammato diffonde irritazione all'occhio ed alla ghiandola l. per cui è aumentata ed alterata la secrezione delle lagrime. Frattanto continuando l'assorbimento dalla parte dei punti l., dopo che il canale n. è ingombro, avviene che le lagrime si soffermino nel sacco, e siano, per la loro quantità e qualità, una nuova sorgente d'irritazione. Se il sacco fosse turato e non esistesse in origine alcuna malattia nelle membrane esterne dell'occhio e delle palpebre, la massima parte dell'irritazione del medesimo occhio, dipendente da quella del sacco, ed anche la lagrimazione diminuirebbero d'assai. E se i punti l. fossero chiusi, l'infiammazione del sacco diminuirebbe pure, perchè non avrebbe più luogo l'irritazione indotta dalle lagrime acri e più copiose del solito. È questa la principale ragione per cui le ostruzioni delle vie l. accompagnate da chiusura dei punti o condotti l. si terminano raramente in idropisia o in fistola del sacco stillante solo muco alterato senza lagrime. Succede qui quello che ha talvolta luogo negli intestini ove avvenga che, in seguito a lenta flogosi, si formi un ano artificiale. Cessa d'ordinario in tale caso la flogosi lenta di tutto il tratto d'intestino sottoposto all'ano artificiale, perchè cessano a un tempo l'azione del medesimo intestino ed il passaggio di materie acri sopra di esso. Per la stessa ragione cessa per lo più, in conseguenza d'un ascesso al perineo da cui stillino le orine, la flogosi cronica della porzione d'uretra collocata tra esso ed il meato urinario; come sparisce generalmente la cronica flogosi d'un'arteria aneurismatica dopo la

CLXXVII. Dovendo ora trattare della cura *profilattica*, *palliativa* e *radicale* dell'ostruzione delle vie l., noi diremo in primo luogo dei mezzi di debellare l'*ankilope infiammatoria* e la *dacryocistitide acuta primitiva*: in secondo luogo dei mezzi di combattere la flogosi lenta di quelle vie: in terzo luogo dei mezzi curativi del tumore l.: in quarto luogo dei mezzi curativi della fistola l. e delle sue conseguenze: in quinto luogo della cura degli ostacoli *estralagrimali* e di quelli che dipendono da causa meccanica, o da un polipo del sacco l. o del canale n., ecc.

CLXXVIII. La cura del primo periodo dell'*ankilope* infiammatoria debb'essere antiflogistica coi salassi generali, se vi è reazione febbrile, coi locali nel caso contrario, colla dieta dolcificante, colle bevande diluenti, coi clisteri, coi blandi purganti, collo schivare la luce, coi fomenti freddi, se dipende da causa traumatica, ovvero coll'applicazione di qualche blando unguento, se è l'effetto d'una causa interna, d'un raffreddamento, ecc.: in somma con tutti quegli altri mezzi disinfiammanti che convengono nella cura della blefaritide o blefaro-ottalmitide.

CLXXIX. Quando poi è trascorso il primo periodo, e non si è potuto impedire la formazione della materia, si dovrà far uso dei cataplasmi mollitivi o mollitivo-torpenti, se forti sono ancora i dolori, e si dovrà impedire che l'ascesso scoppii da sè, soprattutto se il sacco l.

---

allacciatura del tronco che impedisce la circolazione del sangue in essa, e cessa comunemente d'estendersi o s'estingue la *retinitide* lenta dopo l'accidentale formazione della cateratta che impedisca il passaggio della luce, ecc.

è nello stesso tempo affetto, ma si aprirà tosto che si scoprirà l'ondeggiamento, e ciò nello scopo di prevenire la corrosione del medesimo sacco. Quando questo non è nel tempo stesso corroso o altrimenti affetto, non usciranno, aperto l'ascesso, lagrime dall'apertura, nè questa infistolirà, e le materie dell'injezione fatta pei punti l. non stilleranno per la medesima, nè faranno gonfiare il detto sacco.

CLXXX. Può occorrere che il giovine Pratico sia consultato quando l'ascesso è già aperto, ed allora, se l'apertura è troppo stretta, egli dovrà alquanto dilatarla. Può altresì occorrere ch'egli sia chiamato quando l'ascesso è formato e non ancora aperto. In tale caso, non avendo egli seguito il corso della malattia, potrà rimanergli il dubbio se la raccolta purulenta sia nel sacco l. oppure nel tessuto celluloso che lo circonda o in ambe le parti tra di loro comunicanti. Questo timore potrebbe renderlo inoperoso, tanto più che in simile condizione di cose alcuni Pratici di merito paventano l'incisione del sacco. Potrebbe fors'anche vincere in esso lui l'opinione che l'ascesso è sottocutaneo dal vedere che la cute è compresa da risipola edematosa. È perciò bene ch'egli sappia che l'infiammazione della cute sintomatica d'una suppurazione profonda è risipelatosa ed accade più specialmente quando il lavorio purulento attacca qualche tessuto aponeurotico o ligamentoso, come quello che copre e sostiene il sacco l. Laonde benchè l'incisione del sacco non convenga salvo che non si scopra ch'esso è la sede del lavoro suppurativo, la natura però risipelatosa dell'infiammazione cutanea non debbe aversi come un indizio che la malattia sia circoscritta alle sole parti superficiali. È pure bene ch'egli sappia che il male d'un'inopportuna incisione del

sacco è, per ogni rapporto, minore di quello che risulta dall'ulcerazione sordida del tessuto celluloso e dall'apertura spontanea del sacco l., probabilmente con distruzione d'una porzione della sua parete anteriore, le quali hanno sovente luogo nel progresso della malattia, quando questa è abbandonata a sè.

CLXXXI. La cura della *dacryocistitide* acuta primitiva debb'essere identica a quella dell'*ankilope* infiammatoria. Vale a dire convengono i rimedj antiflogistici positivi e negativi nel primo periodo; quindi i mollitivi e poi l'apertura dell'ascesso, se non si è potuto impedire la suppurazione, oppure la dilatazione dell'apertura esterna, se, essendo il Pratico chiamato troppo tardi, questa ha già avuto luogo ed è troppo stretta.

CLXXXII. Dopo l'apertura spontanea o artificiale dell'ascesso consecutivo all'*ankilope* o alla *dacryocistitide*, debbono essere sbandite le taste, le torunde, le injezioni irritanti, le forti pressioni intorno alla sede dell'ascesso, ecc., nè si dovranno abbandonare i rimedj mollitivi fino a che non siano affatto spente le ultime reliquie dell'infiammazione acuta del sacco l. e non sia sparita la durezza delle parti circondanti, essendo io stato dalla sperienza convinto che con questa cura si ottiene d'ordinario la totale guarigione (Osserv. XIX, XX). Si potrà tutt'al più ricorrere a qualche acqua astringente instillata fra le palpebre, o a bagnuoli o pomate della stessa natura (di cui si parlerà tra poco) verso il termine della malattia, onde restituire alle parti la perduta coesione, come si potrà pure ricorrere al nitrato d'argento nel caso che l'apertura cicatrizzasse con istento o vi fosse un soverchio ricrescimento di carni.

CLXXXIII. Finalmente ove, ottenuta la guarigione della detta morbosa apertura, continuasse la *dacryocistitide* lenta, blennorragica o no, o rimanessero ostacoli nel canale n. formatisi nel corso dell'infiammazione acuta, sarà d'uopo ricorrere ai mezzi che si diranno or ora.

CLXXXIV. La cura della flogosi lenta delle vie l. generatrice degli ostacoli *entrolagrimali*, sia essa primitiva o una conseguenza dell'*ankilope* infiammatoria o della *dacryocistitide* acuta, ovvero l'effetto d'una diffusione morbosa dalla parte del naso, dell'occhio o dei tessuti circostanti, è diversa secondo che è *semplice* o *complicata*. Noi cominceremo a parlare della cura della semplice.

CLXXXV. Convengono nella flogosi lenta semplice una dieta tenue: il salasso generale, se vi è pletora o reazione febbrile, il che è raro: i salassi locali colle mignatte applicate nelle narici, sulle ale del naso, agli angoli interni degli occhi, dietro le orecchie: il salasso dalle vene angolari: la sottrazione della luce e i bagnuoli mollitivi sulle palpebre, specialmente se vi è ad un tempo blefaritide o blefaro-ottalmitide: le coppette applicate alle tempia, alla nuca, fra le scapole, ecc.: i vapori mollitivi introdotti nel naso mediante un imbuto, o l'applicazione entro le narici d'un qualche blando unguento, soprattutto se coesiste la corizza: quindi rimedj purganti, principalmente salini, più o meno continuati a norma del caso, se le vie della digestione sono scevre da irritazione: l'applicazione di vescicanti: ecc.

CLXXXVI. Con questi mezzi più o meno continuati a norma del caso, della durata della malattia, della costituzione dell'infermo, ecc. rimane sovente de-

bellata la flogosi, ma in alcuni casi essa è solamente mitigata, soprattutto quando ha già dato luogo al rammollamento della membrana mucosa, alla tumidezza delle ghiandole di Meibomio, ad un'abituale secrezione mucosa con dilatazione varicosa di vasi, ecc. In questo stato di cose l'allentamento e la sfibratezza della tessitura sono l'elemento morboso predominante e debbono perciò formare l'oggetto principale della cura. Perciocchè occorre tutti i giorni di vedere che le superstiti reliquie della lenta flogosi spariscono e se n'allontana il pericolo di ulteriori ritorni, mano mano che con una ben diretta cura locale i tessuti riacquistano la perduta coesione.

CLXXXVII. A questo scopo giovano i notissimi rimedj raccomandati dal celebre Scarpa contro al flusso palpebrale puriforme: una soluzione di pietra divina (*71): il laudano liquido o la tintura tebaica della farmacopea di Londra, più o meno allungati con acqua ed instillati fra le palpebre: il collirio proposto da Kenzie (*72): quello di Schmidt (*73): la pomata ci-

---

(*71) La pietra divina è composta di vitriolo di cipro, nitro ed allume in dose uguale, che si polverizzano e si fanno liquefare in un vaso di vetro al bagno d'arena: quindi vi si aggiunge un po' di canfora. Si prescrive alla dose di quattro grani in un'oncia e mezzo d'acqua distillata e quattro oncie d'acqua di rose, coll'aggiunta d'un po' di laudano ed anche d'estratto di saturno, per renderla più essiccante.

(*72) Questo collirio è composto d'un mezzo grano d'ossimuriato d'idrargiro, di quattro oncie d'acqua di rose, d'un ottavo di mucilagine e d'uno scrupolo di vino oppiato. Se ne instillano cotidianamente alcune gocce nell'angolo interno dell'occhio.

(*73) Il collirio di Schmidt è fatto di quattro oncie d'acqua di rose, d'uno scrupolo d'acido nitrico e d'un ottavo d'alcoole.

trina mischiata con qualche blando unguento ed applicata al margine libero delle palpebre tutte le sere nell'andar a letto, principalmente se vi sono ulcerazioncelle nella parte interna del testè detto margine: i collirii saturnini: la *pirotonitide* (Ranque): le pomate consigliate da Weller (*74): le polveri errine come la polvere di maggiorana, di maro, ecc. Alcuni raccomandano pure le contemporanee injezioni d'acqua tiepida per lavare le vie l. e stemperare il muco che le ingombra, ed altri quelle fatte con un liquore astringente. Ma siccome nel praticarle esse generano d'ordinario irritazione e possono per altra parte essere sostituite da rimedj liquidi d'eguale efficacia, instillati fra le palpebre, di dove assorbiti dai punti penetrano nelle vie l., così esse sono oggidì generalmente disapprovate. È cosa inutile il dire che gli anzidetti rimedj debbono essere sospesi, ove, durante il loro uso, insorgessero risalti flogistici.

CLXXXVIII. Allora quando la flogosi è complicata, è necessario di unire ai testè detti sussidj quelli cui la sperienza ha dimostrato possedere un'utile azione contro alla particolare natura della causa congiunta che l' ha generata o la fomenta. Così si dovrà questa correggere con piccole dosi di tartaro emetico, secondo Richter, se è vajuolosa: col mercurio dolce, colla po-

---

(*74) Weller consiglia tra molti altri rimedj le due seguenti pomate di cui io trascrivo qui la formola pel comodo del giovine Pratico:

1. Deutoxyd. mercur. et extract. op. aā gr. j. ss. axung. unc. j. m.

2. Deutoxyd. mercur. extract. op. bol. Armen. aā gr. j. ss. protoxyd. zinc. gr. iv. axung. unc. j. m.

ligala senega e col sapone, collo solfo dorato d'antimonio, colla cicuta, col jodio, col muriato di calce, colla barite, se è scrofolosa (75): col vino antimoniale d'Huxam, coll'estratto di giusquiamo, d'aconito, coi decotti sudoriferi, spezialmente con quello di salsapariglia, coi bagni solforosi, colla dulcamara, colla jacea, col latte, soprattutto d'asina, interpolato coi blandi purganti, se ne sono causa la crosta lattea, la tigna, la psora, ripercosse o mal curate; procurando nel tempo stesso di richiamare alla pelle queste affezioni ripercosse, mediante i vescicanti, le unzioni di pomata emetica, gli empiastri di tartaro emetico e simili: coi rimedj aloetici, coi ferruginosi, colla mirra, coi pediluvii, colle mignatte applicate alle pudenda, colle injezioni nella vagina d'ammoniaca liquida mescolata col latte, ecc., se ne è causa la tarda o sospesa mestruazione: colle mignatte alle narici, se dipende dalla cessazione d'un'epistassi abituale: colle injezioni alquanto irritanti nella vagina, talvolta coi vapori mollitivi in essa introdotti, se è l'effetto dell'asciugamento d'uno scolo leucorroico inveterato: col riaprire mediante caustico o vescicante l'ulcera stata cicatrizzata, se è l'effetto della sua chiusura: col vitto corroborante, coi mar-

---

(75) Il giovine Pratico debb'essere scrupolosissimo nell'indagare e combattere la vera causa della malattia; perciocchè senza un attento esame egli si esporrebbe talvolta a vedere tornare inutili tutti gli efficacissimi mezzi della Chirurgia operativa, se la malattia dipendesse da una causa congiunta traveduta, epperciò non combattuta (Oss. XXI): ed all'opposto egli recherebbe talora un gran danno all'infermo con rimedj non operativi diretti a vincere una causa congiunta che non esiste. Egli debbe sempre essere memore del precetto di Bacone che « vere scire est per causas scire ».

ziali, se vi predispone una debolezza costituzionale. Sono finalmente nella maggiore parte dei casi utili l'uso interpolato di rimedj purganti, la moxa, i cauterii e spezialmente il setone alla nuca di cui Fabbrizio Ildano faceva tanto caso che principiava sempre la cura delle croniche affezioni delle vie l. con questo mezzo.

CLXXXIX. Cogli anzidetti sussidj tempestivamente adoperati e saggiamente avvicendati si doma d'ordinario la malattia nel suo primo periodo. Se non che, non occasionando questa nel suo principio forte dolore, nè notevole deformità, accade d'ordinario che l'ammalato non domandi il soccorso del Pratico, se non quando havvi già tumore l. con molesta lagrimazione. In questo stato di cose meno efficace è il metodo antiflogistico, e tornano spesso dannosi i sopra detti collirii ed altri rimedj astringenti ed essiccativi, come quelli i quali, oltre alla loro azione stimolante diretta, diminuiscono o sospendono, corrugando i piccoli condotti escretorii delle critte mucose, la morbosa escrezione del muco, e non hanno alcuna virtù contro alla condizione morbosa che ne favorisce la secrezione, e tanto meno contro al vizio organico che forma l' ostacolo *entrolagrimale* : in quella guisa che diventano per l'ordinario maggiori gli ostacoli dell'uretra e cresce la difficoltà nell'espellere le orine mano mano che si sopprime coll'uso interno dei balsamici o coll'esterno delle injezioni astringenti l'abituale morbosa secrezione dell'uretra che suole accompagnare quegli ostacoli.

CXC. Ciò non pertanto risulta da alcune osservazioni (Gemort, Lisfranc, Krimer, Béclard, ecc.) che il tumore ed anche la fistola l. furono talvolta vinti col solo metodo antiflogistico in un con adatta dieta, coi rimedj revulsivi cutanei e, verso la fine, colle inje-

zioni d'una leggera soluzione di cloruro di calce e di soda (Lisfranc) o coll'uso di alcuni dei citati rimedj astringenti locali. Anch'io possedo alcune osservazioni di consimili favorevoli successi ottenuti con identici mezzi (Osserv. XIV. XXII. XXIII). Non perciò debbe il giovine Pratico lasciarsi sedurre, come furono sedotti alcuni, dalla speranza di potere vincere in tale guisa tutti o quasi tutti i tumori e le fistole l., giacchè io fui in più casi convinto che la cura antiflogistico-revulsiva è soltanto acconcia a combattere queste malattie quando sono recenti, occorrono in persone di buona costituzione e dipendono da ostacoli spugnosi: ma che, in circostanze opposte e soprattutto quando derivano da ostacoli duri, essa è pur sempre d'un qualche sollievo (*76), ma non arreca generalmente una guarigione radicale: in quella guisa che vediamo tuttodì le disurie, stranguri ed anche iscurie fomentate da ostacoli duri dell'uretra rimanere ammansite, e non vinte dall'applicazione delle mignatte al perineo, all'ano; dal lungo uso delle poltiglie mollitive e da altri consimili rimedj locali.

CXCI. Se la flogosi cronica delle vie l., incurata o rebelle al fin qui descritto metodo curativo, è già seguita da tumore l. voluminoso (*77) e restio esso pure

---

(*76) L'utilità passeggera o permanente che si ricava dai mezzi disinfiammanti in ogni periodo della malattia è una luminosa prova dell'opinione di Garengeot e Pott, dei quali il primo aveva fino dai suoi tempi proscritto le cose irritanti nella fistola recente e nelle malattie che la producono, ed il secondo era d'avviso « doversi avere molto in vista lo stato infiammatorio delle parti in cui ha sede la malattia ».

(*77) È bene di notare che il tumore l., finchè la flogosi da cui è compreso non converge sulle parti circonvicine, offre molte va-

a quel metodo, o se ne prevede l'inutilità perchè il caso non offre i caratteri dell'ostruzione generata da un ostacolo spugnoso, allora converrà rivolgere le mire alla particolare cura del tumore l., la quale è o *palliativa* o *radicale*.

CXCII. Siccome occorre spesso che il tumore l. duri per lunghi anni senza che rechi grave molestia nè deformità e senza che s'infiammino le palpebre e l'occhio, e spesso occorre altresì che, eziandio dopo che si è infiammato ed è scoppiato, si chiuda di per sè il superstite foro e stia chiuso per mesi ed anni ancora, prima di riaprirsi, rimanendo nel vario intervallo la sola lagrimazione come prima, finchè finalmente tosto o tardi, però non sempre, si riapra in un modo permanente: così molti infermi, spezialmente i pusillanimi, preferiscono in generale un tale stato di cose all'operazione, e l'Arte debbe acconsentire alla loro risoluzione, tanto più che la cura così detta *radicale* non previene sempre, al dire di tutti i Pratici, il ritorno della malattia. Laonde nello scopo di diminuire l'ostruzione del canale n., o di rallentarne i progressi, epperciò ritardare quelle conseguenze del morbo le quali non si potrebbero altrimenti vincere fuorchè colla cura radicale, è indicata una cura *palliativa* che debbe consistere nella pratica d'alcuni dei mezzi mollitivi e disinfiammanti sopra accennati; nel consigliare all'infermo

---

rietà di volume, che però non indicano sempre un maggiore o minore grado della malattia, ma dipendono alcune volte dalla diversa naturale capacità del sacco l. il quale in alcune persone è così ristretto che sembra essere soltanto l'estremità superiore del canale n., mentre in altri i suoi diametri naturali sono da tre a quattro linee.

di comprimere spesso e leggermente il tumore col dito dalla parte dei punti l. verso il canale n., onde il sacco non soffra maggiore distendimento; di lavarlo spesso con acqua fresca a cui sia mischiato acetato di piombo, e di evitare il freddo e tuttociò che può produrre irritazione della pituitaria, dell'apparato lagrimale e dell'occhio. Finalmente, occorrendo la *dacryocistitide* secondaria, debbesi procurare di vincerla il più presto possibile col metodo di cura raccomandato contro alla *dacryocistitide* primitiva ed all'*ankilope* infiammatoria.

CXCIII. Conviene la cura *radicale* del tumore l., se esso è molto voluminoso, duro ed inveterato: se l'umore che rifluisce dai punti l. è viscoso, puriforme ed incolla di notte le palpebre; se l'occhio è sempre ridondante di lagrime; se la congiuntiva palpebrale è abitualmente infiammata, e se soprattutto, comprimendo il detto tumore dalla parte dei punti l., l'umore contenutovi non cola più nel naso, o vi cola con istento ed in piccolissima quantità. Questa cura *radicale* si compie con mezzi desunti dalla sola Chirurgia medica o con mezzi operativi.

CXCIV. Fra i primi si annoverano i soccorsi già sopra esaminati, intorno all'efficacia dei quali si è detto (§ CXC) che cosa si abbia da pensare. Si annoverano pure le fumigazioni delle narici, secondo il caso mollitive, detersive, balsamiche o astringenti, già raccomandate da Boerhaave in vece delle taste e torunde spalmate di rimedj risolventi ed introdotte nel naso che si adoperavano ai suoi tempi, quindi alzate alle stelle da Louis, e messe, si dice, in uso più volte con successo (non solo nel caso di tumore ma anche in quello di fistola l.) da Monlac, e due volte pure da

Boyer. Le fumigazioni delle narici sono certamente un mezzo che agisce ben addentro nelle vie l. È ciò provato dalla facilità con cui alcuni di quelli che sono avvezzi a fumare fanno uscire pei punti l. il fumo del tabacco. La loro efficacia è pure provata da certi fatti cotidiani di poco rilievo i quali fuggono all'attenzione del Pratico, p. es. dall'osservare che alcuni ammalati affetti da tumore l. hanno, come spesso io vidi, più facile lo scolo delle lagrime dal naso dopo di essere stati esposti, mangiando, al caldo vapore della minestra, o dopo di avere respinto con forza l'aria espirata nel canale n., previa la chiusura del naso e della bocca. Con tutto ciò si può affermare coll'appoggio dell'osservazione, che, se la malattia è alquanto avanzata, poca o niuna fiducia debbesi d'ordinario riporre in questo mezzo considerato come radicalmente curativo, tuttochè esso possa essere di qualche utilità quale rimedio palliativo.

CXCV. Dei mezzi operativi alcuni agiscono senza che si sciolga la continuità delle pareti del tumore l., e furono per ciò appunto anteposti nei tempi andati, mentre altri richiedono una previa soluzione di continuità del medesimo. Noi parleremo tra poco di questi ultimi e ci contentiamo qui di dire qualche cosa in modo d'annotazione intorno ai primi che sono la pratica della compressione, e le pratiche d'Anel, di Blizard, di Travers, di Méjan e di Laforest. Imperocchè, sebbene gli inventori di queste pratiche ed alcuni loro seguaci abbiano confidato che si potesse colle medesime ottenere una guarigione radicale, l'osservazione ha però dimostrato che alcune d'esse sono inutili ed anche dannose (compressione); che altre sono solamente palliative (le pratiche d'Anel, di Blizard, di

Travers, di Méjan e di Laforest), o raramente radicali; che la maggiore parte non sono scevre da inconvenienti di molto rilievo, e che in fine l'incisione del sacco l. è un fatto operativo di così poca importanza, e la cicatrice che ne risulta è così poco percettibile, che il solo motivo di poter evitare con esse l'incisione del sacco l., non è sufficiente per farle preferire ad altri mezzi molto più certi in cui s'incide il detto sacco (*78). Oltrecchè si possiede oggidì un'altra pratica (cauterizzazione del canale n. dalla parte del naso, di cui si dirà più sotto), molto più certa nei suoi risultamenti, colla

---

(*78) Pratica della Compressione.

Ai tempi in cui si opinava che la lassità ed atonia del sacco l. (Annotaz. 44) fosse la condizione morbosa essenziale del tumore e della fistola l., era cosa naturale che si rivolgesse l'animo ai mezzi di compressione, onde ottenerne la guarigione, e ciò tanto più che il tumore l. suole scomparire per una momentanea pressione fatta col dito. La compressione già raccomandata dagli Arabi, specialmente da Rhazes, lo fu di poi da Fabbrizio d'Acquapendente, Verduc, Sculteto, Palfino, Ernesto Stahl, Dionis, Sharp, Garengeot, Petit, ecc. Fabbrizio D'Acquapendente inventò anzi un bendaggio, adottato da Sharp e migliorato coll'aggiunta d'una vite. Petit inventò pure una particolare macchinetta. Dionis faceva la pressione con *compresse* inzuppate in un liquido astringente: egli fu in ciò seguito da Garengeot.

La compressione però esatta del sacco l. è di difficile esecuzione: è incomoda all'ammalato: non corregge l'ostruzione del canale n.: escoria talvolta il tumore l. e lo converte in fistola: stanca per la sua lunghezza la pazienza degli infermi: avvizzisce bensì il tumore l., ma questo, tolta la pressione, o ricomparisce subito, o le sue pareti si fanno aderenti con successiva insanabile lagrimazione, come osservò Petit. Essa fu per questi motivi abbandonata come inutile e dannosa. Alcuni la credono ancora oggidì utile nei casi in cui, deostrutto il canale n. con altri mezzi, il sacco rimanesse dilatato: la quale cosa non fu per me fin qui osservata. Per ogni modo, oc-

quale si evita eziandio l'incisione del sacco lagrimale. Ho detto *raramente radicali*, giacchè si legge passo passo negli Annali dell'Arte che nei casi di guarigioni

---

correndo questo caso, sembra possa essere bastevole una leggera pressione fatta con *compresse* o filaccica inzuppate in un liquore astringente, e contenute con una semplice benda.

Pratica d'*ANEL*.

Gli stromenti d'Anel sono un piccolo specillo d'oro o d'argento della grossezza a un di presso d'una setola di cinghiale, il quale si debbe introdurre nelle vie l., ed uno schizzatojo capace di tre once di liquido con cui vi si fanno injezioni. Sprengel attribuisce a torto agli Arabi e non ad Anel il merito d'avere i primi adoperato le injezioni pei punti l.: perciocchè sebbene gli Arabi raccomandassero le injezioni pel foro fistoloso, non si ricava però, per quanto io sappia, dalle loro opere ch'essi adoperassero le injezioni pei punti lagrimali. Le injezioni si possono fare per ambi i condotti l., ma l'inferiore, tuttochè piegato in due luoghi separati e difficile ad essere raddrizzato, è però prescelto perchè è meno lungo, e perchè la palpebra inferiore è meno mobile ed il Pratico ha un punto d'appoggio sulla guancia.

All'opposto l'introduzione dello specillo si fa di preferenza pel condotto l. superiore, perchè, alzando la palpebra verso il capo del sopracciglio, è cosa più facile di metterlo in direzione col sacco l., tanto più ch'esso ha, secondo Blandin, una sola piegatura. Le injezioni debbono praticarsi prima dell'introduzione dello specillo e si fanno d'ordinario due volte il giorno e per lungo tempo con acqua semplice da prima, e poi, secondo la particolare indicazione, con acqua di calce, miele ed alcoole: con vino: con acqua ferruginosa: con acqua di rose ed alcoole: con decozione d'orzo e miele, aggiuntavi una piccola quantità del collirio di Lanfranco o di decozione d'iride fiorentina o d'aristolochia: colle acque minerali solforose: coll'acqua di Seltz: con acqua vulneraria: con una soluzione di sale ammoniaco, di vitriolo, di borace, di cloruro di calce: ecc. Tutti questi liquidi medicati debbono prima essere filtrati. Vi è speranza che le injezioni siano per tornare utili quando, premendo il tumore, una parte dell'umore contenutovi cola nel naso; quando havvi la presun-

ottenute colle citate pratiche e credute radicali, la malattia ritornò quasi sempre dopo un tempo più o meno lungo. Anch'io possedo alcune osservazioni di guarigioni

---

zione che l'ingombro delle vie l. risulti in gran parte da muco, e quando in fine la materia delle injezioni cola nel naso. Nei casi opposti si raccomanda di preferenza l'introduzione dello specillo.

La parte della pratica d'Anel che ragguarda l'introduzione dello specillo è però ora abbandonata dal comune dei Pratici, perchè è cosa impossibile che un così sottile e pieghevole stromento basti per deostrurre il canale n., e si può con esso lacerare la membrana interna del sacco l. e del canale n. e produrvi anche una falsa strada. Per altra parte il suo uso riesce d'ordinario molto irritante. Ritorneremo sopra questo argomento più sotto parlando della pratica di Travers.

Le injezioni sono di qualche utilità quando molto muco denso contribuisce ad ingombrare le vie l. Esse rendono pure più facile lo scolo delle lagrime nel naso dilatando in un modo meccanico le vie l., a un di presso come le forti injezioni dell'uretra sono spesso seguite da un temporaneo sollievo in coloro che per ostacoli organici soffrono disuria o iscuria. I varj liquidi medicati che si adoperano possono ancora correggere la flogosi cronica di quelle vie. Con tutto ciò esse sono incapaci di dilatarle in un modo sufficiente: il loro utile effetto cessa d'ordinario tosto che sono abbandonate: sono inutili nella maggiore parte dei casi: talvolta riescono irritanti ed insopportabili: possono per l'ordinario essere sostituite da liquidi instillati fra le palpebre. Quindi è che, malgrado gli elogi fattine da Eistero, Monro, ecc., esse non sono più oggidì considerate come un mezzo di cura radicale, sono anzi da alcuni Pratici di grido (Plenk, Frank, Travers, ecc.) bandite, e vi si ha in generale soltanto ricorso per mantenere libero il canale n. sturato prima con altri efficaci mezzi.

Pratica di *Blizard*.

Le stesse ragioni che fanno contro alle injezioni consigliate da Anel sono pure contrarie alla pratica ingegnosa di Blizard, la quale consiste nell'introdurre una sottile cannula in un punto l., di adattarvi poi un tubo verticale con un imbuto in cima, ove si mette

ottenute con alcuna di quelle pratiche, segnatamente coll'uso della sonda di Laforest alquanto modificata (Osserv. XXIV. XXV. XXVI), ma non oserei affer-

mercurio, come si usa nell'injettare i vasi linfatici. Se l'ostruzione è già formata, non v'è speranza che questo mezzo basti a rimuoverla in un modo permanente; e, se non vi è ostruzione, è inutile un soccorso di sì fatta natura, il quale ha però riscosso i voti di alcuni celebri Pratici, principalmente di Brunner e Beer.

Pratica di *TRAVERS*.

Per gli stessi motivi per cui si è sopra disapprovata quella parte della pratica di Anel che concerne all'introduzione dello specillo nelle vie l., debbesi pure in genere disapprovare la pratica di Travers la quale ha moltissima somiglianza con quella d'Anel. È anzi questa somiglianza che m'induce a parlarne qui subito senza osservare un ordine cronologico nell'argomento di cui tratto. Travers si serve di tente d'argento dette *lagrimali*, della lunghezza di cinque pollici circa, di diverso calibro, appianate da un capo e leggermente bulbose dall'altro. Egli le introduce per uno dei punti l. nel naso. Ripete dopo uno o due giorni l'introduzione per l'altro punto e fa injezioni negli intervalli. Quando, dopo alcuni giorni dall'uso di sì fatte tente, non è del tutto vinta la resistenza dell'ostacolo, egli introduce per uno dei punti l. uno stile a capo piano fino nel canale n. e ve lo lascia per lo spazio di ventiquattro ore. Lasciatovi più lunga pezza di tempo potrebbe generare l'ulcerazione dei contorni del punto l. Sul fine della cura, abbandonate le tente, egli corregge la superstite secrezione mucosa con rimedj astringenti instillati fra le palpebre o injettati nei punti l., e con vapori stimolanti d'acido acetico o d'acido nitrico introdotti nelle narici. Egli si attiene però a questa pratica solo quando il tumore l. non minaccia ascesso, e quando l'ostruzione è leggera, recente e non dura.

Le tente di Travers essendo più grosse e più resistenti dello specillo d'Anel, sono più acconcie a superare gli ostacoli che incontrano nelle vie l. Ma per ciò appunto ch'esse sono più grosse e più resistenti, possono più facilmente produrre lacerazioni nei contorni dei punti l.: possono pure sfiancarli e annichilarne la forza assorbente: possono finalmente generare con più facilità false strade o

mare ch'esse siano radicali, tuttochè in uno di quei casi siano già trascorsi due anni dalla conseguita guarigione senza ricaduta.

CXCVI. Allora quando dunque il tumore l. ha acqui-

---

altre soluzioni di continuità. Tanto poi le tente di Anel, quanto quelle di Travers, per quanto grosse esse siano, non riducono il canale n. al suo calibro naturale, senza della quale condizione non si ottiene in generale una guarigione radicale, come non si ottiene una guarigione radicale degli ostacoli dell'uretra fino a tanto che vi s'introducono cateteri o candelette d'un calibro molto minore della sua naturale capacità. Con tutto ciò non si può non ammettere che, in alcuni casi di flogosi cronica con intumescenza e spugnosità della membrana interna delle vie l., così i mezzi di Travers come lo specillo d'Anel non siano di qualche utilità, meno per la loro azione meccanica, che per le dinamiche mutazioni a cui danno luogo. Se non che nello stato attuale della Scienza non si ha penuria d'altri mezzi e più efficaci e d'una più facile applicazione.

Pratica di *Méjan*.

Secondo la pratica di Méjan si passa un filo di seta nelle vie l. mediante un piccolo specillo acuto o bulboso in punta ed introdotto nel punto l. superiore fino nel naso, di dove si tira fuori il filo con varii mezzi dei quali il più semplice è un uncino ottuso. Colla guida del filo si conduce quindi ogni giorno nel canale n. dalla parte del naso un cordoncino fatto con bambagia o filaccica e spalmato con unguento digestivo. Si aumenta poi successivamente il volume del cordoncino fino a che il canale n. sia sufficientemente dilatato e le lagrime colino liberamente nel naso. Con questi mezzi il canale n. riacquista il suo naturale calibro meglio assai che colle tente d'Anel e di Travers. Ciò non ostante essi sono abbandonati pei moltiplici inconvenienti a cui danno luogo. Di fatto se lo specillo è acuto v'è il pericolo d'una falsa strada; del quale accidente Pellier riferisce un esempio. Se esso è bulboso in punta, è cosa difficile, se non impossibile, di farlo passare a traverso d'un ostacolo antico e duro. Il passaggio dello specillo e dello stromento con cui si prende la sua estremità inferiore nel naso, e l'uso del cordoncino sono una sorgente di dolori anzi gravi che no. La presenza del filo di seta nel punto l. ha più volte prodotto l'ingorgamento delle palpebre, l'ottal-

stato i sopradetti caratteri (§ CXCIII), e non vi si può rimediare coi mezzi fin qui detti o se ne prevede l'inutilità, conviene avere ricorso a mezzi operativi più

---

mitide e talvolta la lacerazione del condotto l., come riferiscono Pellier e Pouteau. Per altra parte l'oggetto d'evitare una piccola apertura nel sacco l. non ha alcun vantaggio che possa compensare tutti questi inconvenienti.

Pratica di *LAFOREST*.

La pratica di Laforest consiste nell'introdurre una *sonda* piena nelle vie l. per l'estremità inferiore del canale n., e quindi nel fare injezioni di diversa natura, secondo lo stato della malattia, con una *sonda* cava; anzi nell'introdurre immediatamente quest'ultima nel caso in cui l'ostacolo del canale n. non vi si opponga. L'A. riferisce più casi non solo di tumori, ma anche di fistole l. sole o con carie, in cui egli ottenne la guarigione con questa pratica. Però in quest'ultimo caso, cioè nella fistola con carie, egli comincia la cura coll'introdurre un setone nelle vie l. La possibilità d'esplorare il canale n. dalla parte del naso era già stata preveduta dal nostro Bianchi (imitato dal La Faye), il quale n'ebbe le amare censure del Morgagni.

Si dice contro a questa pratica, che è di difficile esecuzione; che dà luogo a un solletico quasi insopportabile nella narice, all'escoriazione e all'infiammazione della pituitaria, e talvolta anche alla frattura della conca inferiore; che la strettezza naturale dell'estremità inferiore del canale n., gl'ingorgamenti, le callosità, le aderenze dei contorni di quest'estremità, la strettezza delle fosse nasali, le differenze nell'incurvatura della conca inferiore, la sua posizione troppo bassa, la viziosa posizione del tramezzo delle narici, la difficoltà di trovare una giusta proporzione tra la *sonda* ed il canale n., ecc., la rendono affatto ineseguibile; che finalmente l'orifizio inferiore del canale n. non incontrandosi sempre nello stesso luogo, il Pratico è obbligato di agire a tastone con danno dell'infermo.

È però cosa provata che queste difficoltà sono in gran parte esagerate, e in parte dipendono dalla cattiva forma degli stromenti del Laforest; che l'estremità inferiore del canale n. non è così soggetta a variare di sito (Vesigné) come hanno creduto Morgagni ed altri, e che non sono frequenti gli ostacoli e le anomalie di struttura di quest'estremità e delle parti

efficaci dei quali la maggiore parte richiedono una previa soluzione di continuità del sacco l. I medesimi mezzi sono pure indicati quando vi è già un'apertura fistolosa, piuttosto inveterata (*79). In somma in tale condizione di cose a un di presso identico debbe

---

circonvicine, o che per lo meno non sono tali da rendere sovente difficile il cateterismo del canale n. In fatto, nei casi innumerevoli in cui io mi sono accinto a praticare questo cateterismo, ho fin qui sempre ottenuto l'intento, come l'ottennero Gensoul, Briot e Dubois. Così che si può dire che ben a torto il Morgagni contendesse la verità di quest'opinione al celebre nostro concittadino Bianchi.

Sebbene colla pratica di Laforest si consegua raramente una guarigione radicale, essa però, alquanto modificata per quanto spetta alla forma della sonda che si debbe introdurre nel canale n., paga tuttora un utile tributo alla Scienza. Nel caso p. es. di tumore l. i mezzi di Laforest servono a esplorare il grado di consistenza e la sede degli ostacoli. Coll'introdurre di quando in quando la sonda nel canale n. si può prevenire il ritorno della malattia stata vinta con altri più efficaci mezzi. Per ultimo appoggiati all'osservazione noi crediamo che la pratica di Laforest considerata come rimedio palliativo del tumore l. sia certamente più utile di quelle d'Anel, di Blizard, di Méjan e di Travers. E crediamo parimente che, se è cosa possibile d'ottenerne colle pratiche fin qui esaminate una radicale guarigione, questa si debba conseguire più facilmente colla pratica di Laforest che con quelle dei testè citati Autori (Ved. una più minuta descrizione delle pratiche d'Anel, di Blizard, di Méjan e di Laforest nel Tratt. delle malatt. chirurg. di Boyer, ed in quello di Medic. operat. di Sabatier).

(*79) Quando l'apertura è recente e soprattutto quando è consecutiva a una *dacryocistitide* acuta, l'operazione sarebbe intempestiva, essendo che (§ CXIV) essa apertura potrebbe in breve tempo chiudersi spontaneamente e non riaprirsi se non se dopo lungo tempo e forse anche non più. Monteggia dice d'avere quasi adottata la massima di medicare i primi scoppj del tumore l. superficialmente e con tutta semplicità, giacchè nel più gran numero dei casi la fistola guarisce da sè, almeno per di fuori.

essere il metodo curativo del tumore e della fistola lagrimale.

CXCVII. Così grande è il numero dei mezzi operativi stati immaginati, proposti e praticati a quest'oggetto che non vi è forse malattia locale in cui l'industria dei Chirurghi si sia cotanto esercitata quanto nella malattia di cui si ragiona. Essi possono però tutti essere compresi in due metodi generali, dei quali uno, che è il più recente, consiste nel dischiudere le vie naturali, e di questo siamo debitori a G. L. Petit (*80), e l'altro consiste nel fare un'artificiale apertura a traverso dell'osso unguis, sostituendo in tal modo alla fistola esterna una interna e rendendo inutile il canale n., e di questo siamo debitori agli Antichi (*81). Caduno

---

(*80) Secondo Curzio Sprengel il merito dell'invenzione non è dovuto a Petit, ma ad Avicenna il quale parlò per la prima volta dell'introduzione d'un filo nelle vie l. all'oggetto di sturarle. Comunque sia la cosa, il metodo del Petit consiste nel riaprire le vie naturali incidendo il sacco, e introducendo nel canale n. una candeletta con un filo attaccato alla sua estremità esterna.

(*81) Sebbene sia stato dimostrato da Morgagni che la struttura delle parti escretorie delle lagrime era già conosciuta da Galeno, Vegezio, Berengario, Fallopio, Carcano e Stenone, questa cognizione anatomica fu però pressochè inutile per la cura delle fistole e delle altre malattie di quelle parti fino ai tempi d'Anel cioè fino al secolo XVIII. Di fatto gli Antichi attribuendo la fistola l. a ulcerazione, a fungosità, a callosità delle vie l. e a carie dell'osso unguis, non altro avevano in mira fuorchè di guarire queste affezioni senza pensare a ristabilire il corso delle lagrime. Essi procuravano di ottenere l'intento con incidere la parte malata, con recidere le callosità, se ve n'era, e poi con mettere a nudo le parti ossee credute viziate, onde poterle raschiare o cauterizzare col caustico attuale o potenziale, e finalmente col procurare la caduta dell'escara, la sfo-

di questi metodi può essere eseguito con molte pratiche tra sè diverse per rapporto al luogo in cui si opera; ai mezzi con cui si dischiude il canale o si stabilisce una via artificiale a traverso del tramezzo lagrimo-nasale; al modo con cui la via naturale o artificiale si mantiene dilatata, ed a molte altre circostanze (*82). Alcune di queste pratiche essendo state dalla sperienza dimostrate inutili, o solamente palliative, o troppo do-

---

gliazione delle ossa ed essiccare la superstite ulcera con appropriati medicamenti. I più usitati fra i caustici potenziali erano il *verderame* e la *calcite.* Stà scritto che Archigene adoperasse anche il piombo fuso. Per altro si trova già descritta in Paolo Egineta una pratica operativa la quale consisteva nel forare l'osso unguis. Questa pratica quantunque approvata da Aezio e dagli Arabi, spezialmente da Sabor e da Avicenna nei casi soprattutto in cui non si poteva essiccare l'ulcera coi mezzi ordinarj, cadde però più tardi nell'oblio per opera di Fallopio e Marchettis che la screditarono.

Se a questi mezzi si aggiungono le injezioni, i mezzi *compressivi* e l'introduzione d'un filo nelle vie l. raccomandata dagli Arabi, si ha la somma di tutte le pratiche adottate nella cura di questa malattia dalla più alta antichità fino al secolo XVIII.

(*82) Per rapporto al luogo sopra cui si opera alcuni raccomandarono di tagliare il sacco l. o di valersi della sua spontanea apertura: altri di penetrare nel sacco tagliando dietro la commessura interna delle palpebre, ed altri di agire dalla parte dell'orifizio inferiore del canale n. Per rapporto ai mezzi di sturare il canale n., sono stati raccomandati una tenta in argento bulbosa o acuta in punta, il punteruolo d'un trocarre, una tenta in osso di balena, il caustico potenziale, ecc. Per rapporto ai mezzi di dilatare e mantenere dilatato il medesimo canale, sono stati consigliati il setone, una candeletta in cera o in gomma elastica, uno spillo, una tasta di filaccica, la spugna, una minugia, un cilindretto in piombo, una corda da violone, una cannula in oro, argento o platino, ecc. Parimente per rapporto ai mezzi di fare una via artificiale a traverso dell'osso unguis, sono stati proposti il caustico potenziale, l'attuale, il punteruolo d'un trocarre colla cannula o senza cannula, una lesina, una

lorose, o troppo lente nei loro effetti, ecc. furono abbandonate o posposte ad altre. Di modo che le attuali pratiche dal comune dei Chirurghi abbracciate con cui si dischiudono le vie naturali secondo il metodo del Petit, modificato e perfezionato da Lecat, Foubert, Desault, Monro, Dupuytren, Vaccà e da altri, si riducono a due principali, delle quali una consiste nel deostruere il canale n. mediante il setone, e l'altra nell'introdurvi dentro e lasciarvi a permanenza una cannula in oro, argento o platino. A queste due pratiche se ne debbe aggiungere una terza cioè quella della cauterizzazione del canale n. con un caustico potenziale, la quale, benchè novella, ha però già molti fatti pratici in suo appoggio.

CXCVIII. Fra le pratiche utili per stabilire una via artificiale a traverso del tramezzo lagrimo-nasale secondo il metodo degli Antichi, modificato e perfezionato, due ve n'ha le quali sono oggidì comunemente adottate, di cui una consiste nel traforare quel tramezzo mediante adatto stromento, e l'altra nel distruggere con un caustico potenziale la membrana che lo copre dalla parte del sacco, denudarne l'osso e procurarne la sfogliazione.

CXCIX. Nell'eseguire le pratiche relative al metodo di aprire una via artificiale si penetra oggidì solamente pel sacco l., mentre nell'eseguire quelle che ragguardano il metodo di dischiudere le vie naturali si può penetrare

---

tanaglia, una specie di trapano, ecc.; e per rapporto ai mezzi di dilatarla e mantenerla dilatata sono stati proposti a un di presso quelli stessi che servono a dilatare e mantenere dilatato il canale nasale.

dalla parte del sacco o da quella del naso. Per ogni modo è sbandita la pratica di Pouteau (*83). Noi descriveremo queste pratiche oggidì in uso incominciando da quella del setone, ed, a mano a mano che ci avanzeremo nella descrizione, accenneremo in modo d'annotazioni le varietà che furono da alcuni proposte intorno agli atti e mezzi operativi.

CC. Prima di eseguire l'operazione è cosa importante di assicurarsi bene dello stato dei punti e condotti l.: si debbono parimente consigliare all'infermo una dieta

---

(*83) Pouteau, per evitare la deformità della cicatrice, propose di penetrare nel sacco l. mediante un taglio fatto dietro l'estremità interna del tarso inferiore, tra questo e la caruncula lagrimale, e quindi d'introdurre per l'apertura un setone nel canale n. e procurare che la medesima incallisca, facendo all'uopo anche injezioni. Lecat richiamò in suo favore la priorità di questa pratica. Il vantaggio di schivare la deformità della cicatrice è però un ben piccolo compenso in paragone dell'irritazione, dei dolori, della congestione flogistica della congiuntiva e dell'occhio che derivano dall'introdurre giornalmente nella ferita lo schizzatoio o lo specillo, e dal lasciarvi soggiornare un filo. Si debbe a ciò aggiungere che il sacco l. è in questo caso aperto in vicinanza del termine dei condotti l. e che l'infiammazione che sempre insorge nella vicina circonferenza della ferita, si propaga facilmente all'orifizio dei condotti l., e può cagionarne il turamento. Oltracciò la via artificiale si richiude d'ordinario ben presto, e, rimanendo aperta, non impedisce alle lagrime di stillare sulle guance (Annot. 30).

Non è gran pezza che, nel caso di mancanza o chiusura del sacco l., alcuni proposero di fare l'incisione raccomandata da Pouteau e quindi di stabilire una nuova via a traverso dell'osso unguis. Questa pratica già progettata ai tempi di Boerhaave, fu da questo sommo Pratico proscritta per una delle principali ragioni testè addotte « pertundere autem est desperatum et perforare os unguis ad » carunculam in nares et sanare, ut maneat fistula in naribus, est » irrita curatio, quia lachrymae per hunc canalem non determi» nantur ».

attenuante e bevande diluenti. Due o più giorni prima è talvolta indicato il salasso, soprattutto nelle persone pletoriche, molto irritabili e proclivi alla flogosi. Debbesi pure nella maggiore parte dei casi preporre un blando rimedio purgante. Allora quando vi esiste il tumore l. è mestieri raccomandare all'infermo che non prema il sacco gonfiato nella notte, affinchè più facile riesca l'incisione. E, se esso tumore fosse duro per flogosi adesiva diffusa dal sacco così che coprisse il margine della cavità orbitale che serve di guida nell'atto che se ne fa l'incisione, converrà procurarne il rammollamento coprendolo per qualche tempo con poltiglie emollienti.

CCI. Proponendosi dunque il Chirurgo di dischiudere coll'operazione le vie l. mediante il setone, debbe avere alla mano un apparecchio operativo e medicativo il quale consista in un bistorino di lama stretta, forte, terminata in punta acutissima e ben fissa nel suo manico; in uno specillo leggermente curvo; in una minugia; in parecchi setoncini di varia grossezza e lunghi tutti tre pollici circa; in panni lini; in filaccica ed in una fascia lunga. Seduto l'infermo sopra una sedia d'ordinaria altezza in faccia a una chiara luce coll'occhio sano coperto e colla testa appoggiata contro al petto d'un Assistente, questo applica la mano opposta al lato della malattia sulla fronte dell'infermo, e coll'altra tira le palpebre del lato affetto in fuori per rendere apparente la sede del tendine del muscolo orbicolare, contrassegnata da quella macchietta biancastra dei tegumenti che, anche nello stato di grande distensione del sacco l. e gonfiezza delle parti vicine, vedesi in tutti gli ammalati fra l'angolo interno dell'occhio ed il naso. L'Operatore ritto in piedi davanti all'infermo

ed alquanto dal lato del tumore, se tale è lo stato della malattia, tende ancora la cute appoggiando l'indice sulla radice del naso ed il pollice sulla guancia onde rendere eminente esso tendine, e, preso il bistorino come una penna da scrivere colla mano destra, s'egli opera a sinistra, ed all'opposto, lo applica al detto tumore in una posizione orizzontale cioè perpendicolarmente rispetto alla superficie della pelle, col dorso del bistorino rivolto al naso, ed in tale direzione (*84) lo spinge immediatamente (*85) sotto al tendine menzionato (*86) sino nella cavità del sacco, nella quale

---

(*84) In tale guisa la punta del bistorino cade perpendicolarmente sull'unguis e non iscorre obliquamente tra la cute e il sacco l., o tra il margine dell'orbita e l'occhio.

(*85) Se il sacco è pieno e disteso basta una piccola forza per far penetrare il bistorino; ma, se il sacco è alquanto vizzo, conviene adoperare maggiore forza, poichè altrimenti potrebbe succedere che lo stromento non vi penetrasse addentro.

(*86) La parte immediatamente sottoposta al tendine corrisponde all'apice di quello spazio triangolare altrove menzionato (Annot. 51) di cui la base è rivolta all'occhio, il lato superiore è retto e formato dal detto tendine, e l'inferiore è concavo e formato dalla parte interna della concavità dell'arcata inferiore dell'orbita.

Siamo debitori a Scarpa dell'utile precetto d'incominciare l'incisione del sacco l. nel luogo sopra citato, prendendo per guida il tendine del muscolo orbicolare. Lisfranc consiglia in vece di fare scorrere la punta del dito indice sul margine inferiore dell'orbita dalla sua parte esterna verso l'interna fino all'eminenza fatta dall'apofisi verticale dell'osso mascellare verso l'angolo interno, e di principiare l'incisione in questo sito il quale corrisponde direttamente all'estremità superiore del canale n. Egli fa notare con molta sagacità che il tendine dell'orbicolare non può servire di guida in tutti i casi, perchè nelle persone in cui larga è la radice del naso l'angolo interno delle palpebre si distende così fattamente sulla detta apofisi verticale che il tendine dell'orbicolare rimane quasi tutto applicato a quest'osso: di modo che sarebbe opera perduta il cercare

si conoscerà essere penetrato il bistorino dal non sentire più alcuna resistenza, e dal vedere uscire dalla puntura materia puriforme (*87).

CCII. Di ciò assicuratosi l'Operatore eleva il manico dello stromento verso il sopracciglio per dirigerne la punta in basso e farla discendere con prontezza fino verso il principio del canale n. ed anche più in giù, se la sua lama è ben stretta (*88); poi, abbassando

---

sotto a quel tendine il canale n. il quale è in tal caso posto più in fuori cioè verso l'occhio. Laddove nelle persone in cui stretta è la radice del naso, il tendine dell'orbicolare dopo la sua origine si prolunga dalla parte dell'occhio molto più in là dell'anzidetta apofisi, ed il canale n. è in tale caso posto più in dentro dell'estremità del medesimo tendine.

Ambi questi precetti di Scarpa e di Lisfranc debbono essere presenti all'animo del giovine Chirurgo nell'atto ch'egli s'accinge all'operazione nei casi ordinarj, ma in quelli in cui il tumore l., oltre all'essere molto disteso, è accompagnato da gonfiezza e induramento delle parti circonvicine, per cui rimane coperto il margine della cavità orbitale, si evita, seguendo il precetto di Scarpa, più certamente il pericolo d'uscire di strada o di non aprire il sacco se non se imperfettamente e nel modo il meno acconcio al bisogno.

(*87) Arnold, Garengeot, Alessandro Monro, Vaccà ed altri erano d'opinione che, acciò l'incisione fosse in giusta direzione col canale n., si dovesse comprendere nel taglio il tendine del muscolo orbicolare. Vaccà opinava inoltre che quella porzione di sacco l. che resta al di sopra del tendine dell'orbicolare, offra non di rado un ostacolo insuperabile alla pronta e stabile guarigione, se essa non sia nel tempo stesso tagliata.

Tale pratica è però caduta nell'obblio perchè da un lato si posseggono mezzi migliori per semplicità e certezza d'esito, e dall'altro l'osservazione ha dimostrato essere vani i timori del Vaccà, nè essere così scevra da inconvenienti la recisione del tendine, come i citati Autori avevano creduto.

(*88) Nel fare la sopra detta incisione si corre rischio di ferire la parete posteriore del sacco l. Maggiore è il rischio se il sacco non

nuovamente il detto manico, compie dal di dentro in fuori l'incisione dei tegumenti e del sacco l. sino alla sua parte inferiore, onde metterne allo scoperto tutta la superficie interna, però senza ritirare lo stromento di cui la punta debbe rimanere nella cavità del sacco per servire di guida allo specillo. La pelle, alcune fibre del muscolo orbicolare, uno strato aponeurotico e la parete anteriore del sacco l., sono le sole parti che rimangano divise dal taglio di cui la direzione debbe essere obliqua in basso e in fuori, e la lunghezza non punto maggiore di tre linee nei casi ordinarj (*89). Sulla superficie del bistorino si fa scorrere lo specillo finchè esso sia giunto nella cavità del sacco: si ritira poscia il bistorino e si procura di penetrare tosto collo

---

è pieno e disteso, o se, essendo pieno, esso s'avalla durante la pressione che si fa col bistorino nell'atto che si tagliano gl'integumenti. Quest'inconveniente si può fino a un certo segno evitare comprimendo dolcemente coll'apice d'un dito i punti e condotti l. nell'atto che si spacca il sacco, e ciò per impedire il riflusso degli umori contenutivi. Per ogni modo poi, benchè sia cosa prudente di evitare la ferita della parete posteriore del sacco, noi crediamo però con Velpeau essere quella lesione di così poco rilievo che non debbe l'Operatore mettersene in pensiero. Nè montava che, per prevenirla, Monro consigliasse una difficile, dolorosa ed inutile operazione come è quella d'introdurre uno specillo per uno dei punti l. nel sacco, onde rialzarlo e tagliarvi sopra fino a che l'apice dello specillo non rimanga scoperto.

(*89) L'osservazione ha dimostrato che nei casi ordinarj è cosa inutile che l'incisione sia lunga sei linee, come consigliava Petit. Nei casi però in cui, per ripetute lente flogosi, la pelle e il tessuto celluloso che copre il sacco sono oltremodo ingrossati, l'incisione debb'essere più lunga e più profonda. L'osservazione ha medesimamente dimostrato essere inutile la pratica invalsa ai tempi andati di fare l'incisione in due tempi e di forma semilunare, cioè concentrica al margine della parte interna della cavità orbitale.

specillo nel canale n., la qual cosa si consegue ordinariamente nel momento stesso (*90).

CCIII. In alcuni casi si prova qualche difficoltà nell'introdurre lo specillo (*91) nel canale n. Si dovranno allora variare le prove. Si spingerà p. es. lo specillo dilicatamente e senza violenza rivolgendolo fra le dita e dandogli varie direzioni, ovvero si ritirerà alquanto o si premerà con maggiore spinta, senza però recare molto dolore. Talvolta lo si dovrà inclinare un poco così che la sua estremità esterna sia rivolta a quell'angolo che è tra il sopracciglio ed il naso (*92).

(*90) La facilità con cui molte volte lo specillo passa a traverso dell'ostacolo dipende il più sovente dalla molle sua natura o dall'essere stata sciolta la sua continuità nell'atto operativo, e talvolta anche da ciò che quando esso ha sede nell'estremità superiore del canale n., è alquanto concavo verso il sacco l., come io ebbi occasione di vedere in tre casi di necropsia. In tutti e tre questi casi l'ostacolo aveva sede verso l'estremità superiore del canale n. ed era concavo verso il sacco l. di cui l'unione colla parte ostrutta rappresentava una cavità *imbutiforme*. Sembra che la forma concava che l'ostacolo assume sia da attribuirsi alla pressione che gli infermi fanno sovente sopra il tumore onde determinare il passaggio delle lagrime nel naso, ed alla resistenza ehe il sacco l. oppone all'accumulamento delle medesime, la quale è tanto maggiore quanto più difficile è il regurgito pei punti l. E di vero difficile era il regurgito nei due testè citati casi. Ora è cosa inutile il notare come l'anzidetta forma concava dell'ostacolo contribuisca a rendere più facile e più sicura la penetrazione dello specillo nel canale n.

(*91) Noi crediamo con Samuele Cowper che non sia un miglioramento di grande rilievo il servirsi d'una tenta d'osso di balena a vece d'una tenta d'argento.

(*92) Nel far penetrare lo specillo o altri corpi stranieri solidi nel canale n. il giovine Pratico non debbe obbliare che esso canale riunito al sacco l. offre una curvatura colla convessità rivolta alla parte anteriore ed esterna, e che all'opposto considerato separatamente

CCIV. Se il sacco, la pelle ed il tessuto celluloso che gli stanno sopra sono ingrossati e tumidi, conviene introdurre lo specillo alquanto profondamente in una direzione orizzontale prima che giunga in esso sacco, e prima che si debba dargli una direzione verticale affine d'introdurlo nel canale n. Se in tale caso si cangia troppo presto la direzione orizzontale dello specillo in una perpendicolare, cioè prima ch'esso sia giunto nel sacco, e si spinge con qualche forza in basso, esso o trova un intoppo insuperabile o striscia sull'esteriore superficie del detto sacco, generandovi dannose irritazioni, lacerazioni, false strade, ecc.

CCV. Si conoscerà che lo specillo è penetrato nel naso dal solletico che vi prova l'infermo e talvolta insino dal vomito; dalla lunghezza della parte dello specillo che vi si è affondata la quale è di un pollice a un pollice e un quarto ed anche d'un pollice e tre ottavi; dall'avere sentito discendere lo stromento lungo una superficie liscia; dallo stillare sangue dalla bocca

---

dal sacco, esso è alquanto convesso in dentro ed in dietro. Ma egli non debbe nello stesso tempo ignorare che il medesimo canale ha alcune volte una maggiore obbliquità ed altre volte è quasi retto; epperciò saviamente insegna Molinelli che se, dopo avere inclinato lo specillo in un modo, pure non si riesca di farlo penetrare, s'inclini leggermente da un'altra parte portandolo sempre obbliquamente sinchè s'incontri l'obbliquità, quale può essere, del canale n., dappoichè questa non è la stessa in tutti, cioè a dire che al lume dell'Anatomia bisogna far discendere lo specillo pel canale, quale può essere, e non aprire violentemente qualunque strada, rompendo le ossa. Puy e Pouteauavevano pure notato che in quelli che hanno depressa la radice del naso il canale n. si apre nelle fosse nasali molto più in dietro che in quelli in cui non havvi questo vizio. La stessa cosa fu per me pure osservata in un caso (Osserv. XIII.).

o dal naso secondo che la testa sarà inclinata in dietro o in avanti; da ciò che l'estremità esterna dello specillo si trova per lo più in contatto col margine superiore dell'orbita e rimane fermo in quella posizione; dal toccare con uno stile introdotto nella narice l'estremità della tenta discesa nel naso (*93). Fatto di ciò certo l'Operatore, egli alzerà e abbasserà lo specillo, anzi lo volgerà talvolta fra le dita e lo inclinerà alquanto da un lato e dall'altro, onde meglio dilatare la parte ostrutta. Quindi egli farà passare, colla guida del medesimo specillo o anche senza la sua guida, una minugia nel canale n., spingendola addentro (*94) fino a

---

(*93) Può accadere che lo stromento, in vece di penetrare nel canale n., trafori l'osso unguis. Quest'accidente dal celebre Scarpa riputato frequente si conosce secondo lui ai tre seguenti segni: lo specillo striscia sopra una superficie scabra: la sua estremità esterna stà scostata dal sopracciglio: ed in fine esso è facilmente mobile in tutte le direzioni.

Non si può negare che la cosa sia generalmente così. Con tutto ciò sonvi alcuni particolari casi in cui i due primi segni riescono fallaci. Può p. es. succedere che l'ostacolo sia duro, come semicartilaginoso: può pure succedere che, fatta una falsa strada, lo specillo scorra tra le pareti ossee e molli del canale n. Ora in ambi questi casi lo stromento senza punto deviare da esso canale striscia però sopra una superficie scabra. Può in fine succedere che il canale n. sia inclinato in dietro (Annotaz. anteced.), ed in tale caso l'estremità esterna dello specillo è alquanto scostata dal sopracciglio, tuttochè esso sia rinchiuso nel canale n.

(*94) Nell'introdurre la minugia pongasi mente ch'essa non s'accumuli o non s'intreschi nel sacco l. in vece d'insinuarsi nel canale n. Ove ciò accadesse, debbesi essa tosto ritirare, e, recisane la porzione piegata a foggia di vite, si reintroduca, evitando l'ora detto inconveniente.

Ernesto Stahl fu il primo che ebbe ricorso a una minugia nella cura della fistola l., e Molinelli fu il primo che se ne servì per passare il setone. La minugia sostituisce con vantaggio tutti gli altri

tanto che la sua estremità sia bene discesa nel naso; di poi, se questa è visibile, si prende subito colle mollette per tirarne fuori del naso una porzione. Se all'opposto non viene fatto di vederla, se ne assicura l'altra estremità alla fronte, mediante una listerella d'empiastro adesivo, e s'aspetta che la porzione appiattata nel naso, renduta molle e cedevole dall'umidità del luogo, sia spinta in giù ed in avanti nell'atto dello starnuto o in quello che l'infermo soffia il naso, colla bocca e narice sana chiuse. Veduta la minugia vi s'attacca uno dei setoni, che, dalla maggiore o minore difficoltà che s'incontra nel penetrare pel canale n., si giudicherà più appropriato al suo diametro, e ciò mediante un filo di seta lungo più braccia, perchè possa servire per tutto il tempo della cura; poscia tirando l'estremità superiore della detta minugia in su secondo la direzione del canale n., si conduce in questo il setone, finchè la sua estremità superiore sia giunta nel

---

mezzi stati proposti per far passare dal sacco l. nel naso il filo che debbe servire di conduttore al setone, i quali mezzi sono tutti più o meno complicati e di difficile maneggiamento. Desault p. es., introdotto lo specillo nel naso, faceva discendere per la sua estremità esterna una cannula nel canale n.; quindi, tolto lo specillo, introduceva un filo che, coll'ajuto d'uno stile fino e bifido, faceva discendere nelle fosse nasali di dove esso usciva nell'atto che l'operato si soffiava il naso. Bichat si serviva di un filo di piombo finissimo e pieghevolissimo che, introdotto nella detta cannula e disceso nel naso, ritirava da questo con un uncino. Pamard raccomandava di fare passare uno stile a molla elastica nella medesima cannula, la quale molla, scattando nel naso, s'avanzava verso la narice anteriore. Alcuni introducevano un finissimo specillo d'argento che estraevano dal naso con una tenta scanalata o coi mezzi proposti da Cabanis, da Jurine, ecc.

sacco e ne occupi la cavità senza sporgere fra i margini dell'incisione la quale debbe soltanto dare passaggio al filo di seta che, convertito dopo in rotolo, si nasconde fra i capelli dell'operato. Prima di collocare il setone debbesi avere l'avvertenza d'attaccare alla sua estremità inferiore, ovvero a un solo dei fili che contribuiscono a formare questa estremità, un altro filo semplice il quale debbe poscia servire per estrarre il medesimo setone quando dovrà essere rinnovato (*95). Ciò fatto, si copre la ferita con una listina di taffetà gommoso di forma semilunare, o con filaccica asciutte, soprapponendovi un pezzetto d'empiastro adesivo, se il gemitìo di sangue impedisce al taffetà di aderire.

CCVI. Il setone debbe ordinariamente essere cangiato tutti i giorni, eccetto che l'ammalato sia oltremodo sensibile, nel qual caso è meglio di non rinnovarlo che a giorni alternativi fino a che non siasi calmata la morbosa sensibilità. Non nascendo poi irritazione, se ne andrà via aumentando la grossezza fino a che credasi in convenienza col diametro naturale del canale n.

CCVII. Tale rinnovamento si eseguisce tirando da prima il filo che pende dall'estremità inferiore del setone fino a che si possa questo pigliare colle dita, e poi compiendone l'estrazione per la narice in modo che tutti i fili discendano insieme. Estratto il setone, si

---

(*95) Pel timore di destare un'irritazione troppo forte alcuni Pratici si contentano di far passare il filo nell'atto operativo, e ritardano d'uno o due giorni l'introduzione del setone. Questa precauzione può essere utile quando l'operazione è stata lunga e dolorosa, e l'infermo è assai irritabile.

recide il filo di seta che vi stà unito, vi si attacca il nuovo setone, e, dopo averlo unto con butirro o con unguento di varia natura secondo la circostanza, o di averlo intinto e inzuppato in qualche liquido medicamentoso (96), si fa passare nel canale n., tirando in alto il filo di seta, come si è detto sopra.

CCVIII. Svegliandosi infiammazione nel principio o nel corso della cura, si diminuirà la grossezza del setone o se ne sospenderà affatto l'uso, lasciando però sempre nel canale n. il filo di seta. Frattanto si adopreranno rimedj antiflogistici locali e generali fino a tanto che si possa nuovamente ricorrere al setone, aumentandone poi per gradi il volume, e, così aumentato, facendolo passare costantemente sino alla fine della cura. È cosa utile di fare ad ogni medicazione (dopo che si è rimosso il setone e prima di reintrodurne un altro) injezioni secondo il caso ammollienti, astringenti o d'altra natura, e ciò per l'apertura del sacco l., e non già pei punti l., come consigliano alcuni.

CCIX. Nei primi giorni dopo l'operazione suole separarsi nelle vie l. una grande quantità di materia mucosa o puriforme la quale imbratta il setone, esce per l'incisione e pei punti l., ed incolla nella notte le palpebre come prima di essa operazione. Ma dopo qualche tempo la materia diminuisce in quantità; le palpebre

---

(96) Le sostanze medicamentose atte ad aumentare il buon effetto del *setone* sono: una soluzione d'allume, di vitriolo o di pietra divina: la tintura oppiata: una miscela di sublimato corrosivo, di tintura oppiata e d'acqua di ruta: l'unguento citrino: quello del Janin; una pomata con nitrato d'argento, secondo Vaccà: ecc.

non rimangono più insieme unite al mattino nello svegliarsi, e l'apertura del sacco l. si restringe a segno che capisce appena il filo di seta. Se, ridotte le cose a questo stato, il canale n. non soffre più irritazione dalla presenza del setone aumentato alla convenevole grossezza: se non si vede mucosità in gran quantità, nè marcia, comparendo solo nell'apertura del sacco l. compresso un po' di muco del colore della crema del latte, e mostrandosi appena intinto di muco nasale il setone rimosso dal suo posto: se l'infermo, tenendo chiusi la bocca e il naso, può spingere l'aria dal polmone pel canale n. e pel sacco l.: se è non solo cessata ogni gonfiezza dell'angolo interno dell'occhio, ma si offre tanto o quanto rovesciata all'indentro la cute circondante il foro fistoloso: ecc. si debbe rimuovere il setone non tutto in una volta, ma a poco a poco, con sottrarne di mano in mano i fili, lasciando però nel canale n. e pendente fuori della narice il filo di seta per potersene servire in caso d'ulteriore bisogno.

CCX. Dopo ciò si faranno injezioni per uno dei punti l., e se il liquido injettato passa liberamente nel naso: se nei giorni successivi le lagrime non escono per la piccola apertura fistolosa: se, comprimendo il sacco, esse non regurgitano più pei punti l.: se l'occhio non offre maggiore umidità di quella che è propria del suo stato sano, e la narice del lato affetto, prima asciutta, trovasi umida al pari dell'altra: se vi sono tutti questi indizj, dopo una settimana o poco più, si rimuoverà anche il filo di seta. In caso contrario si attaccherà di bel nuovo a questo il setone e se ne continuerà l'uso sino a che verrà giudicato opportuno.

CCXI. Tolto il filo di seta, l'apertura per cui esso

passava chiudesi tosto da sè, rimanendovi una cicatrice il più delle volte invisibile, talvolta però visibile ed infossata a guisa d'imbuto. Pure in alcuni casi essa non si chiude, perchè i suoi margini sono fungosi, callosi o coperti di cicatrice. Questo inconveniente come pure quello del risultare la cicatrice a guisa d'imbuto, derivano per lo più dal troppo protratto uso del filo, e si possono in generale prevenire non lasciando quest'ultimo nelle vie l. se non se pel tempo assolutamente indispensabile per la guarigione. Quando però questi inconvenienti sono già succeduti, non vi è più mezzo di riparare alla deformità della cicatrice, ma si può quasi sempre conseguire la guarigione della piccola apertura fistolosa col nitrato d'argento applicato superficialmente, onde non penetri nel sacco l.; dal quale rimedio rimangono consumate le carni fungose, ed è ravvivato e renduto capace d'adesione il contorno dell'apertura, se è calloso o coperto di cicatrice.

CCXII. Succedendo nel tumore l. l' apertura del sacco dalla parte dell'orbita (§ CXXXV), questo debb'essere senz'alcuna dilazione spaccato secondo le regole sopra dette.

CCXIII. Se, in vece del tumore, esiste l'apertura fistolosa in un luogo convenevole ed è abbastanza larga per dare passaggio allo specillo o alla minugia, riesce superflua la prima parte dell'operazione cioè l'incisione del sacco l., e anche nei casi in cui la detta apertura è troppo angusta o coperta di carni fungose, si potrà allargare colla spugna preparata, con una minugia o con un pezzo di radice di genziana o, meglio ancora, col taglio, e si consumeranno col caustico le carni fungose o piuttosto si recideranno colle forbici. Se poi l'apertura o le aperture fistolose sono affatto eccentri-

che al sacco, allora, niun riguardo avuto alle medesime, si dovrà incidere esso sacco nel modo ordinario, la quale cosa basta perchè le altre aperture guariscano.

CCXIV. È cosa rara che il canale n. si scontri nell'atto operativo talmente chiuso che non sia possibile con destrezza e con un po' di pazienza farvi penetrare lo specillo tosto fatta l'incisione del sacco. Se, occorrendo sì fatto caso, lo specillo è già disceso piuttosto profondamente in esso canale prima di essere impedito dall'ostacolo, non si corre così facilmente rischio di fare una falsa strada, giacchè la parte superiore del canale in cui è già impegnato gli dà la giusta direzione. È questo il solo caso in cui sia lecito di fare una qualche violenza per superare l'ostacolo e ciò senza alcun timore di cattive conseguenze, come io ebbi occasione di convincermene due volte. Ma quando è fermamente chiusa la parte superiore del canale n., e non può lo specillo qualche poco penetrare in esso, il Chirurgo non sa dove debbe porre lo specillo ed in quale direzione egli debbe farlo avanti progredire. Se a ciò s'aggiunge una straordinaria sensibilità dell'infermo ed una tal quale predisposizione alla flogosi, è precetto di tutti i migliori Pratici essere cosa prudente il sospendere ogni ulteriore tentativo collo specillo, ed il dilatare immediatamente del doppio l'incisione, reintroducendo il bistorino nel sacco l. coll'ajuto della tenta solcata, e facendone scorrere il tagliente d'alto in basso ed obbliquamente dal di dentro in fuori giusta la direzione del margine dell'orbita. Così spaccata la cavità del sacco, si empierà con molli filaccica di cui una porzione debbe sporgere di qua dei margini dell'incisione per impedirne la riunione: quindi si soprap-

porrà un piumacciuolo spalmato d'unguento mollitivo e sopra questo altre filaccica secche e morbide per empiere la cavità dell'angolo dell'occhio. Per ultimo si eseguirà la fasciatura *monocolo*.

CCXV. Se nel giorno susseguente l'ammalato soffre cefalea con sintomi d'infiammazione forte, si praticheranno fomentazioni locali mucilaginose e tiepide senza togliere l'apparecchio, e si farà nelle occorrenze più gravi anche il salasso. Stabilitasi la suppurazione, si rinnoverà l'apparecchio e, dopo d'avere lavata la piaga con acqua tiepida, se non esiste grande irritazione, si farà la prova d'introdurre lo specillo nel canale n., altrimenti se ne differirà il tentativo fino a che l'ulcera non sia ritornata in più favorevoli condizioni. Frattanto si continuerà la medicazione come prima con filaccica però inzuppate in qualche mucilagine o spalmate d'un molle unguento. Lo sgonfiamento che succede nelle vie l. dopo stabilita la suppurazione, rende più facile la penetrazione dello specillo (Osservaz. XXVII). Allorchè non si ottiene l'intento nella seconda prova, si dovrà questa successivamente e ad intervalli più o meno lunghi ripetere sempre con maggiore speranza di buon successo (*97).

(*97) Non da altro fuorchè dallo sgonfiamento del canale n. che succede durante il corso d'una nuova flogosi (Annotaz. 68) delle vie l. eccitata da medicazioni stimolanti, escarotiche o d'altra natura, ovvero da un'operazione propria del sacco l., sono da ripetersi le guarigioni ottenute da Monro e Louis col solo spaccare il sacco l. e medicarlo con rimedj secondo il caso essiccativi, fortificanti, escarotici, ecc., e molte di quelle che ottenevano gli Antichi i quali nulla facevano onde deostruere il canale n., e si contentavano d'irritare e maltrattare empiricamente il sacco l. La ra-

CCXVI. Tali sono le più accreditate massime nelle occorrenze di cui si ragiona. Io però da esse deviando ho sempre ed agevolmente superato ogni difficoltà coll'introdurre nel momento stesso una *sonda* solida nel canale n. e nel sacco l. dal lato del naso. Vinta in tal modo la resistenza dell'ostacolo, mi riuscì poi sempre facile il fare discendere lo specillo nel naso. È questo un ulteriore vantaggio che deriva dalla pratica di Laforest.

CCXVII. Prima d'abbandonare l'argomento concernente alla pratica del setone noi toccheremo ancora di passaggio il modo di riparare ad alcuni accidenti che succedono talvolta nel momento dell'operazione quali sono le convulsioni, il deliquio e l'emorragia. Le convulsioni occorrono talvolta nelle donne dilicate e nelle persone proclivi alle malattie del genere nervoso. Se esse accadono quando l'operazione non è verso il termine, debbesi empiere il sacco l. di molli filaccica fino a che si possa continuarla. Il deliquio è piuttosto frequente ed esige una pausa nell'operare, e rimedj odorosi, eccitanti, ecc. L'emorragia anzi forte che no è un accidente per me prima non veduto. Alcuni Pratici riferiscono però d'averla osservata. Essa ora è l'effetto della lesione d'un'arteria ed ora di quella d'una vena. Nel primo caso procede d'ordinario dai vasi di

---

gione di questi fatti non era ignota a Maître-Jan: e di vero egli aveva osservato che, dopo l'operazione diretta a stabilire una nuova via a traverso dell'osso unguis, risultava spesso per cagione della flogosi la fusione purulenta degli ostacoli del canale n., dischiudendosi questo spontaneamente e rimanendovi due condotti interni alle lagrime.

anastomosi tra l'arteria faciale e l'ottalmica, e nel secondo dai vasi d'anastomosi tra la vena angolare e l'ottalmica. Se essa è leggiera, è cosa facile il reprimerla con empiere il sacco di molli filaccica e colla momentanea pressione fattavi sopra mediante un cencio convertito in rotolo. Dopo che è repressa, debbesi continuare l'operazione. Se all'opposto è forte, s'arresterà colla medesima riempitura del sacco a cui si soprapporranno alcune piccole e morbide compresse sostenute colla fasciatura *monocolo*, e si differirà il compimento dell'operazione al giorno successivo (*98).

CCXVIII. Foubert fu il primo che immaginò d'introdurre nel canale n., in vece del setone, una cannula

---

(*98) Quali varietà dell'operazione fin qui descritta sono da annoverarsi le seguenti pratiche operative.

Prima varietà. - Pratica di *TRAVERS*.

Se il tumore l. non si converte in ascesso con evidente cangiamento di colore nella cute e minaccia di fistola, Travers evita ogni operazione cruenta sopra di esso, e procura di dilatare il canale n. colle tente *lagrimali* (Annotaz. 78). Ma se il tumore l. minaccia crepaccio egli raccomanda di aprirlo. Sia poi esso aperto spontaneamente o coll'arte, Travers introduce una tenta sottile nel canale n. e, non incontrandovi ostruzione, egli è di parere che il caso non richieda altro metodo di cura fuorchè l'uso delle cose mollitive. Allora quando poi s'incontra un'ostruzione, se questa è leggera, egli la supera con una tenta sottile e poi permette che la ferita esterna guarisca senza fare ulteriori operazioni (egli non ha ricorso ai mezzi dilatanti il canale n. se non che nei casi di forte stringimento). Questa pratica del Travers è inutile se l'ostruzione del canale n. è generata da recente flogistico inzuppamento della sua membrana interna, consecutivo a una *dacryocistitide* acuta, giacchè in tale caso coi soli mezzi antiflogistici essa può essere vinta senza introdurre la tenta in quel canale. È poi un mezzo solamente palliativo quando quell'ostruzione è già abituale ed è causa dell'ascesso

e di lasciarvela a permanenza. Egli fu seguito da Louis, Tilloloy, Waten e Pellier dei quali ciascuno ha in qualche parte modificato la pratica di Foubert. Questa ciò non ostante fu generalmente abbandonata, perciocchè la cannula che si metteva in uso, oltre all'avere una forma poco adatta al canale n., era troppo piccola in proporzione di que-

---

del sacco l., poichè così grande è la tendenza di quella membrana affetta da flogosi cronica ad intumidirsi che gli utili effetti del momentaneo passaggio della tenta vanno dopo poco tempo perduti.

Seconda varietà. - PRATICA DI *SCARPA*.

Nel secondo periodo della malattia (Annotaz. 55) Scarpa consiglia di fare una piccola apertura al sacco d'una linea e mezzo o due al più; quindi d'introdurre uno specillo nel canale n.; poscia, ritirato lo specillo, di collocarvi uno spillo d'argento munito d'una testa a guisa di chiodetto, e di lasciarvelo un anno circa, coll'avvertenza però di levarlo ogni giorno, poi ogni due, per ripulirlo ed injettare acqua.

Terza varietà. - PRATICA DI *WARE*.

Quando, dopo l'uso continuato per lo spazio di dieci giorni circa delle injezioni e dell'introduzione d'un sottile specillo pel punto l. superiore, non si ricava un sensibile sollievo nell'ostruzione delle vie l., Ware consiglia a un di presso la pratica di Scarpa pur ora descritta.

Quarta varietà. - PRATICA DI *LARREY*.

Larrey, fatta un'incisione semilunare al sacco l. ed ottenuta la mondificazione del medesimo, introduce una minugia nel canale n. all'estremità della quale adatta un po' di taffetà del colore di carne per occultare l'incisione dell'angolo dell'occhio È cosa evidente che questi mezzi raccomandati da Scarpa, Ware e Larrey sono d'ordinario solamente palliativi, e che, non dilatando essi sufficientemente il canale n., pronto debb'essere il ritorno della malattia tosto che

sto, epperciò spesso occorreva che risalisse o cadesse nel naso. Himly e Reisinger erano i soli che continuassero a servirsene allora quando Dupuytren la perfezionò e rimise in onore nell'anno 1813.

---

se ne cessa l'uso, in quella guisa che presto ritorna la difficoltà nell'espellere le orine quando si è fatto uso di candelette o di cateteri piccoli per vincere gli ostacoli dell'uretra.

Quinta varietà. - Altra Pratica di *SCARPA*.

Nel terzo periodo della malattia (Annotaz. 55) Scarpa consiglia di spaccare ampiamente il sacco l. e d'introdurre quindi una candeletta di cera o di gomma elastica nel canale n. per impedirne la chiusura mentre si corregge coi cateretici lo stato fungoso del sacco. Ciò ottenuto, egli insegna di estrarre la candeletta e di sostituirvi lo spillo d'argento come nell'altra sua pratica sopra citata.

Questa pratica di Scarpa è una modificazione di quella di G. L. Petit (e non già di quella di Méjan come dice Sprengel), almeno per quanto spetta alla candeletta ch'egli introduce nel canale n. L'osservazione ha dimostrato che questa candeletta è egualmente utile che il setone. Se non che riflettendo alle cose qua e là dette intorno alla costante ostruzione del canale n. nella fistola l., è cosa facile lo scorgere che Scarpa travide in parte l'uso dell'anzidetta candeletta, posciachè le attribuisce solamente l'uffizio di mantenere dilatato quel canale acciò non si stringa mentre si fa la medicazione del sacco, dovechè la guarigione che si ottiene colla sua pratica è essenzialmente da attribuirsi a quella candeletta da cui è schiacciato o altrimenti medicato l'ostacolo del detto canale.

Sesta varietà. - Pratica di *BEER*.

Quando nell'atto operativo la tenta è entrata per un buon tratto nel canale n., Beer la lascia in quella posizione fino alla successiva medicazione, avendo cura di fissarla alla fronte. Quando poi la tenta può essere con facilità introdotta e ritirata, egli dilata il canale n. mediante l'introduzione di minugie via via maggiori di volume.

La prima parte della pratica di Beer che è di lasciare soggiornare la tenta nel canale n., può essere, diremo con Samuele Cowper,

CCXIX. I particolari stromenti necessarj per questa pratica operativa perfezionata da Dupuytren sono i seguenti: 1.º Una cannula in oro, in argento o in platino (metalli difficilmente ossidabili), lunga da venti a venticinque millimetri o da sette a nove linee, leggermente curva, di figura conica, di cui la base che

---

abbandonata con vantaggio: e la seconda non ha alcuna superiorità sulla pratica del setone.

Settima varietà.

Alcuni, in vece del setone, adoperano un filo o una candeletta di piombo purissimo, del calibro del canale n. e di tale lunghezza che pervenga sino entro la narice senza toccarne il fondo, ripiegandone poscia l'estremità esterna in forma d'uncino onde non si muova di luogo.

Questo mezzo, oltrecchè non ha alcuna superiorità sul setone, mantiene costantemente dilatata la ferita esterna, la irrita comprimendola, ne rende perciò la guarigione lunga e difficile, ed è per lo più seguita da una cicatrice molto visibile. Oltracciò gl'infermi non vi si sottomettono fuorchè con grande ripugnanza.

Ottava varietà. - Pratica di *DEMOURS.*

Demours ha molta confidenza nei mezzi d'Anel, di cui si serve non già nello scopo d'ottenere una cura radicale della malattia, ma in quello di rallentarne i progressi. Egli ricorre di rado all'operazione, perchè vince in esso lui l'opinione niuna pratica operativa essere capace d'impedire il ritorno del morbo. La sua pratica, quando vi ha ricorso, è questa. Aperto il canale n. collo specillo, egli vi introduce un cilindro in argento, di cui l'estremità esterna è lunga cinque o sei linee, e s'unisce ad angolo retto colla porzione destinata ad essere introdotta nelle vie l. Dopo otto o dieci giorni, egli estrae il cilindro e lascia chiudere la ferita.

Ognuno vede che questa pratica è solamente seguita da un effetto palliativo. Per altra parte è da credersi che nello stato attuale della Scienza Demours si sia rivolto ad altri pensamenti intorno alla cura della fistola l.

debbe appoggiare sull' orlo dell'orifizio superiore del canale n., è fornita d'un rialto circolare ripiegato all'infuori, e l'apice, volto in basso, è tagliato a guisa d'una penna da scrivere nella direzione della concavità della curva, onde meglio s'adatti alla forma dell'orifizio inferiore del canale n.: 2.° una spina di ferro (*mandrin*), piegata ad angolo retto, la quale finisce da una parte in un fusto rotondo di figura conica, capace di ricevere la cannula senza oltrepassarne l'estremità più stretta, e di ritenerla in modo da poterla abbandonare al più piccolo sforzo, e si termina dall'altra parte in un manico il quale debb'essere schiacciato acciò si possa tenere fermo fra le dita: 3.° il piccolo bistorino retto di cui si è sopra parlato (§ CCI).

CCXX. Collocato l'infermo, come si è già detto, s'introduce il bistorino nel sacco l. e nel principio del canale n., se ne eleva alquanto la lama e su di essa si fa sdrucciolare la spina di ferro armata della cannula la quale, estratto il bistorino, si fa con mediocre pressione discendere nel canale n. in modo che la sua base rimanga tutta sepolta nel sacco lagrimale e non s'opponga alla cicatrice della ferita esterna. Ciò eseguito, si ritira la spina in ferro, premendo leggermente la base della cannula con uno specillo ond'essa non risalga nello stesso tempo.

È cosa superflua il notare che è inutile il taglio del sacco se vi esiste un'apertura fistolosa esterna ed è questa sufficientemente larga e corrisponde all'apertura interna del medesimo sacco. Se quest'apertura è troppo stretta o lontana dal sacco l., il giovine Pratico si regolerà a norma dei precetti altrove dati (§ CCXIII).

CCXXI. Si ha la certezza essere la cannula bene collo-

cata ed essere bene ristabilita la comunicazione tra le fosse nasali ed il sacco l., se escono alcune gocce di sangue dalla narice corrispondente o spontaneamente o allorchè l'infermo si soffia il naso, e se, facendo egli una forte espirazione, colla bocca e col naso chiusi, esce dalla ferita sangue spumoso. L'Operatore, fattosi di ciò certo, debbe coprire la ferita con una lista di taffetà gommoso o di empiastro adesivo, e consigliare all'ammalato una dieta tenue, il riposo (*99), i bagnuoli freddi fatti con acqua semplice o con acqua vegeto-minerale, e l'astinenza dall'uso del tabacco, soprattutto dal lato affetto, e da tutte le cose capaci di eccitare lo starnuto o il vomito.

CCXXII. Se l'operazione si pratica sul tumore l.; se la ferita che ne risulta è regolare, e se il sacco l. non è affetto da flogosi cronica con ulcerazione o degenerazione fungosa della sua superficie interna, la guarigione si ottiene in generale in uno, due o tre giorni, e ciò con poco o niun disturbo dell'operato, salvochè suole in questo intervallo colare una maggiore copia di muco dalla narice corrispondente al lato operato. Nè tarda è pure la guarigione quando si opera pel vero stato fistoloso accompagnato da flogosi cronica e dalla così detta degenerazione ulcerativa o fungosa del sacco lagrimale. Se non che succede allora che questo s'infiammi un tal poco, e apparisca perciò nel luogo da

---

(*99) Sebbene mi sia più volte succeduto di curare secondo questa pratica ammalati i quali dovettero ritornare subito dopo a piedi nel seno della loro famiglia, anche in distanza di più miglia, e ciò senza alcun inconveniente, reputo tuttavia più prudente l'anzidetta condotta.

esso occupato una piccola durezza la quale coll'uso de' fomenti e cataplasmi dolcificanti s'ammollisce bel bello e suppura, uscendone le materie in parte per la ferita ancora aperta o riapertasi, e in parte fluendo nel naso. Frattanto lo stato flogistico-suppurativo del sacco diminuisce per gradi, esso sacco s'avvizzisce, diventa indolente e s'adatta all'estremità superiore della cannula, seguendone la totale guarigione, senza che d'ordinario vi sia il bisogno di spaccarlo e medicarlo con rimedj stimolanti ed escarotici (*100). Torna tutt'al più confacevole l'instillare verso il fine della cura alcuni liquidi

---

(*100) L'infiammazione del sacco anche forte la quale consegguita talvolta l'introduzione della cannula è sempre leggera in paragone della *dacryocistitide* acuta primitiva o secondaria altrove descritta. La ragione ne è per sè chiara. In questa essendo sempre turato in un modo passeggero o permanente il canale n. e ben sovente uno o ambi i condotti l., ne siegue una raccolta di muco e di lagrime, la quale è una causa materiale distendente che raggrava assai lo stato flogistico di esso sacco; laddove nella prima manca questa causa materiale, perchè le lagrime e il muco colano nel naso per la cannula. In quella guisa che la flogosi della vescica delle orine dipendente da un ostacolo dell'uretra è molto meno grave, finchè totale è l'espulsione delle orine, che quando, questa espulsione essendo imperfetta, le orine in essa si raccolgono. Vi ha per questo rapporto un altro punto d'analogia tra la vescica delle orine e il sacco l., ed è questo. Negli inveterati ostacoli dell'uretra la vescica s'infiamma sovente in un modo cronico e per diffusione flogistica dall'uretra e pel ristagno delle orine, le quali diventano per gradi torbide, mucose, ammoniacali, talvolta sanguigne o purulente, così che si direbbe essere la vescica compresa da grave e forse incancellabile vizio organico. Pure, superato l'ostacolo dell'uretra, essa riprende otto volte in dieci il suo stato *normale* senza che vi sia bisogno di ricorrere a particolari rimedj topici diretti a vincerne lo stato morboso

Parimente negli ostacoli inveterati del canale n., in grazia della diffusione flogistica e del ringorgo e ristagno delle lagrime, il sacco lagrimale s'infiamma in un modo cronico, diventa per gradi spesso,

astringenti fra le palpebre, e lo applicare piccoli piumacciuoli inzuppati pure in un qualche liquido astringente sulla regione del sacco. La verità delle cose in questo paragrafo riferite apparirà dalle osservazioni XXVIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI.

CCXXIII. Io non mi sono mai servito della mentovata spina di ferro onde introdurre la cannula nel canale n., ma ho sempre per ciò adoperato con uguale successo uno specillo cilindrico il quale introdotto nel medesimo canale serve di guida alla cannula infilata nella sua estremità esterna.

CCXXIV. È cosa essenzialissima pel buon esito dell'operazione che la cannula sia ben liscia, e che abbia la forma e le dimensioni convenevoli, sì che s'adatti bene

---

lurido o spugnoso nella sua superficie interna e separa una materia mucosa e puriforme talora di così cattivo aspetto che quella superficie si direbbe esulcerata o fungosa, e si dedurrebbe da ciò l'indicazione d'una particolare cura di esso sacco dopo di avere vinto l'ostacolo del canale n., come l'ha dedotta Scarpa in quello ch'egli chiama terzo periodo della malattia. Eppure la sperienza prova che ben rara è l'ulcerazione o la degenerazione fungosa della cavità del sacco l., e che, vinto l'ostacolo del canale n., si riordina nove volte in dieci la sua condizione organico-vitale con pochi e semplici soccorsi. Di fatto, essendomi io, forse prima d'ogni altro nella nostra Italia, appigliato al partito di curare la fistola l. colla cannula, sono ormai dieci anni, ed avendo d'allora in poi operato un grande numero di ammalati affetti dalla malattia giunta al terzo periodo dello Scarpa, debbo confessare che un solo caso mi si è presentato in cui io sia stato obbligato di fare, dopo l'applicazione della cannula, la tanto decantata cura del sacco l. Con ciò però non nego la possibilità d'ulteriori casi, ma insisto quanto so e posso per dimostrarne la rarità, giacchè dal chiarire bene questo punto di patologia risulta un grande risparmio di dolori agli infermi ed una notevole economia di tempo nella cura del male.

al canale n. senz'esservi troppo stretta o troppo libera, giacchè nel primo caso essa potrebbe riescire di soverchio irritante, e nell'ultimo sarebbe soggetta a risalire nel sacco o a sdrucciolare nel naso. Dei due inconvenienti la pratica mi ha però dimostrato essere quest'ultimo il peggiore. Per ogni modo, onde evitare questi inconvenienti, è mestieri che si abbiano alla mano, nell'atto operativo più cannule, acciò potere scegliere quella che è più convenevole al caso.

Io ho avuto più volte occasione di essere soddisfatto dell'uso di cannule aventi l'estremità superiore che è ricevuta nel sacco l., alquanto più grossa di quelle del Dupuytren (*101).

CCXXV. Nei primi giorni dell'introduzione della cannula accade talvolta che, per la sopravvegnente tumidezza della membrana del canale n., essa sia alquanto respinta verso il sacco. Ma, sgonfiando dopo alcuni giorni quella membrana, la cannula s'abbassa nella debita sede senza che sia per ciò necessaria alcuna pressione la quale, irritando, potrebbe anzi tor-

---

(*101) L'osservazione mi ha dimostrato doversi sbandire qualunque cannula avente una forma diversa dalla sopra descritta. E di vero io ebbi a pentirmi in alcuni casi d'avere adoperato cannule di cui l'estremità superiore era anche tagliata a forma d'una penna da scrivere o aveva la forma d'un cucchiajo. Ebbi pure a pentirmi di avere in un caso messo in pratica una cannula alquanto incurvata nella sua estremità più piccola all'oggetto d'impedirne l'ascensione. Avendo in quest'ultimo caso dovuto estrarla, io provai grande difficoltà e produssi alcune lacerazioni le quali non furono per buona sorte seguite da alcuna nociva conseguenza. Io indico a bella posta al giovine Pratico questi scogli in cui inciampai, perchè il riferire ingenuamente i buoni successi dei tentativi fatti, siccome gli avversi giovò sempre ugualmente all'avanzamento d'ogni scienza.

nare dannosa. È però bene che il giovine Pratico sappia che talvolta il sacco infiammato si offre nei primi giorni dell'operazione coll'aspetto d'un tumoretto duro e doloroso al tatto il quale sembra fatto dall'estremità superiore della cannula, tuttochè questa non si sia mossa di luogo. Ma anche questo tumoretto sparisce d'ordinario ben presto col solo uso delle cose mollitive e sarebbero dannose le pressioni.

CCXXVI. Succede ancora in alcuni casi che la cannula desti un'infiammazione piuttosto forte e lunga. Questo accidente per me veduto sole due volte non richiede che si estragga subito la cannula, ma può essere calmato col metodo antiflogistico generale e locale. Può altresì accadere che, in grazia della morbosa secrezione di muco che ha luogo ne' primi giorni dell'operazione, rimanga la cannula tutta o in parte turata. Onde riparare a sì fatto accidente, è cosa utile il fare blande injezioni d'acqua tiepida per l'apertura del sacco o, essendo questa chiusa, pei punti l.

CCXXVII. S'incontra nella pratica un caso, però ben raro, il quale merita particolare considerazione per rapporto all'uso della cannula. Esso ragguarda l'ostacolo duro del canale n. a traverso del quale lo specillo passi con istento e rimanga come impiantato. Se in tal occorrenza si vuole introdurre la cannula senza violenza, questa debb'essere piccola acciò si possa adattare comodamente alla strettezza del passaggio, ma allora succede che, rammollandosi di poi l'ostacolo, essa rimanga troppo libera e risalga o discenda nel naso. Se all'opposto si vuole introdurre una cannula proporzionata al calibro del canale, conviene agire con violenza contro all'ostacolo e lacerarlo. In questa condizione di cose io ho alcune volte combinato con successo negli ammalati

molto sensitivi e proclivi alla flogosi la pratica del setone con quella della cannula. Il setone induce un utile lavorìo flogistico-suppurativo rammollante l'ostacolo, amplia il canale e rende in breve tempo facile l'introduzione della cannula senza alcuna violenza. Al contrario nelle persone poco sensitive io ho talvolta introdotto subito con qualche forza una cannula anche grossa, nè ebbi a pentirmi di sì fatto modo d'operare (Osserv. XIII, XXXIII). In simili congiunture però io anteporrò d'or innanzi il partito di dilatare il canale n. colla *sonda* di Laforest, ogni qual volta la cosa sarà possibile.

CCXXVIII. Dopo la guarigione della fistola l. colla cannula occorre talvolta che, per la facilità con cui l'aria può introdurvisi dalla parte del naso, questa si raccolga nel sacco, di dove essendo cacciata colla pressione eccita un rumore simile a quello che risulta dal premere una parte enfisematica (Osservaz. XXXV). Succede in tale caso quello che ha talvolta luogo per non naturale congenita forma del canale n. E di vero Henkel e Monteggia riferiscono ciascheduno un caso di persone non affette da fistola l., nelle quali esisteva dalla nascita un tumore del sacco l., ripieno d'aria, che, premendolo, spariva con rumore. E il dotto Monteggia ripete a buon diritto la cagione di questi fatti da ciò che il canale n. era in quelle persone di soverchio dilatato, onde l'aria poteva facilmente introdurvisi dalla parte delle fosse nasali.

CCXXIX. Non è necessario di dire che, essendo la fistola lagrimale complicata con carie, conviene curare questa prima d'introdurre la cannula. All'opposto la scopertura dell'osso non impedisce l'immediata introduzione della medesima (Osserv. XIII).

CCXXX. Occorrendo il caso di dovere estrarre la cannula debbesi dilatare l'apertura fistolosa, se ancora esiste ed è troppo stretta, oppure incidere il sacco l. nello stesso modo con cui s'incide nell'operazione della fistola; poscia introdurre per l'apertura superiore della cannula la spina di ferro biforcata di cui si serve Dupuytren. Appena che le punte leggermente uncinate di questa spina sono uscite dall'inferiore estremità della cannula, esse si discostano a vicenda in grazia dell'elasticità delle branche ed aggrappano l'orlo d'essa cannula, la quale è quindi agevolmente estratta. Non è necessario di dire che se la cannula è salita nel sacco l., fatta che sia l'incisione, una comune pinzetta è sufficiente per estrarla. Ma se all'opposto la medesima cannula è caduta nelle fosse nasali, appoggiando sul piano inferiore di esse, non la si potrà levare che afferrandola dalla parte della narice.

CCXXXI. Dopo i felicissimi risultamenti della cauterizzazione degli ostacoli dell'uretra (*102) doveva entrare come spontaneo, nell'animo dei Pratici che vi hanno ricorso, il pensiero di deostruere in simile modo il canale n., e ciò tanto più che il cauterio introdotto in questo canale non agisce sopra parti molto impor-

---

(*102) Io conto trecento e più casi di guarigione di flogosi croniche e d'ostacoli dell'uretra, fra cui alcuni complicatissimi, ottenuta colla cauterizzazione: al quale fine mi toccò di praticare mille secento e più cauterizzazioni di cui niuna fu seguita da alcun grave inconveniente. Molte di quelle guarigioni furono ottenute nella scuola clinica. Io spero che potrò fare conoscere in un altro lavoro i risultamenti della mia pratica intorno a questo argomento, i quali mi indussero a proscrivere in quasi tutti i casi d'ostacoli dell'uretra ogni altra maniera di cura.

tanti, nè può deviare e generare false strade, come dicesi sia talvolta accaduto in seguito all'introduzione del cauterio nell'uretra.

CCXXXII. Sono ormai dieci anni ch'io ho applicato alla pratica quest'idea, ed alcuni Chirurghi indicarono nello stesso tempo o dopo i vantaggi della cauterizzazione, tra cui Harveng, Taillefer, Brémond, Gemort, Amussat e specialmente Gensoul. Il caustico può esservi introdotto dalla parte del sacco l. o da quella del naso.

CCXXXIII. Nacquero alcune contestazioni di priorità tra alcuni dei citati Autori. Il vero è però che Harveng fu il primo che propose nell'anno 1822 la metodica cauterizzazione del canale n. (*103) dalla parte del sacco l., e Gensoul fu il primo che propose la metodica cauterizzazione di esso canale dalla parte del naso.

CCXXXIV. Secondo Harveng il canale n. può essere cauterizzato col cauterio attuale introdotto mediante una cannula collocata prima in esso canale, poi ritirata nel momento dell'azione del cauterio, e quindi reintrodotta; ovvero col caustico potenziale applicato in due maniere. La prima consiste nel distruggere l'ostacolo dall'alto al basso portando il caustico con uno stile che s'introduce nella cavità d'una cannula collo-

---

(*103) Dico *metodica* cauterizzazione, giacchè l'irregolare cauterizzazione del sacco l. e del principio del canale n. era già stata praticata dagli Antichi, ed in epoche dalla nostra età non molto lontane era già stata raccomandata l'introduzione d'unguenti e pomate contenenti cose cateretiche o caustiche nel canale n.

cata prima contro all'ostacolo; e la seconda consiste nel coprire una candeletta con nitrato d'argento fuso e farla scorrere nella cavità d'una cannula introdotta prima nel canale n. Si ritira di poi la cannula e si lascia in sito la candeletta per lo spazio di dieci o dodici minuti circa. Questo modo di cauterizzazione debbe essere più o meno ripetuto secondo il bisogno. Dopo la cauterizzazione si fanno injezioni e si colloca una cannula nel canale n.

CCXXXV. Simile alla precedente è la pratica di Taillefer, se non che egli ha fatto intagliare sul *porta-caustico* una scala graduale, e, dopo la cauterizzazione, introduce nel canale n. una minugia o una candeletta di spugna preparata coll'acqua o colla cera, e ciò fino a che non si sia ottenuta la cicatrice.

CCXXXVI. Brémond insegna d'introdurre collo specillo di Méjan un filo doppio nel naso, e ciò pel punto l. superiore, se vi è tumore l., o per l'apertura del sacco, se vi è fistola. Egli raccomanda di attaccarvi un setone spalmato per la lunghezza di due o tre linee d'una pomata composta di cera e polvere finissima di nitrato d'argento o sublimato corrosivo; e d'introdurre dopo il medesimo setone nel canale n. Eseguita la cauterizzazione, egli consiglia d'introdurre un setone semplice onde dilatare il detto canale, ed anche un setone spalmato di cera per esplorarlo e prendere l'impronta delle reliquie dell'ostacolo.

CCXXXVII. Gensoul porta il caustico potenziale nel canale n. mediante la cannula di Laforest da essolui così modificata ed adattata alla vera forma anatomica delle parti in cui debbe penetrare, che il cateterismo del canale n. riesce quasi sempre facile (Annot. 78).

Notevole è il numero delle guarigioni per esso lui ottenute con questo mezzo (*104).

CCXXXVIII. Dalle cose fin qui dette risulta dunque: 1.° Che il canale n. può essere cauterizzato con un caustico introdotto dal lato del sacco l., e che siamo debitori ad Harveng di questa pratica, adottata da Taillefer con alcune modificazioni: 2.° ch'esso può essere cauterizzato introducendo il caustico dal lato del naso con appropriati stromenti, e che al genio chirurgico di Gensoul siamo debitori di questa pratica, seguita da Gemort: 3.° ch'esso può pure essere cauterizzato con un caustico portato nel canale n. mediante un setone, ma colla guida d'un filo introdotto nelle fosse nasali o dal punto l. superiore o da un'apertura del sacco l.

CCXXXIX. Si può predire senza tema d'errare che nello stato attuale della scienza saranno obbliate tanto la pratica d'Harveng la quale consiste nel cauterizzare il canale n. col cauterio attuale, quanto quella di Brémond, che è d'introdurre un doppio filo nel naso pel punto l. superiore, ed attaccarvi quindi un setone

---

(*104) Nelle mie prime prove, innanzi che mi fosse nota la pratica di Gensoul, io ho in due casi eseguito con qualche successo la cauterizzazione nel seguente modo. Passata una minugia per l'apertura del sacco l. nel naso, vi attaccai un setone fatto di quattro fili semplici: posi nel bel centro di questi fili verso l'estremità superiore del setone un minuzzolo di nitrato d'argento, quindi attorcigliai i fili, onde impedire che, nel tirare all'in su il setone, il nitrato si movesse di luogo, e poi, dopo di avere tirato all'in su il setone nella porzione del canale n. compresa da ostacolo, procurai di storcere i fili, acciò, allargandosi essi alquanto, il caustico potesse meglio agire sulle pareti del medesimo canale.

spalmato di sostanze caustiche, come quella che ha tutti gli inconvenienti della pratica di Méjan.

CCXL. In quanto alle altre due menzionate pratiche cioè quella di Harveng (cauterizzazione del canale n. con caustico potenziale), e quella di Brémond (setone spalmato di sostanze caustiche introdotto con un filo che si fa passare pel sacco l.), pochissimi sono fin qui i fatti pratici che ne confermino il valore. Se per altra parte si riflette, che imperfetti sono gli stromenti con cui si eseguisce l'or detta pratica di Harveng; che nel caso di tumore l. queste pratiche richiedono ambedue una previa soluzione di continuo del sacco l.; che, una volta aperto il sacco, l'operazione riesce più speditiva e comoda ricorrendo ad altre pratiche, segnatamente a quella di Dupuytren; che in fine loro può essere ed è in realtà sostituita con vantaggio la pratica di Gensoul la quale, oltre all'essere utile così nel tumore come nella fistola l., è già stata molte volte felicemente sperimentata dal suo inventore e da me stesso (Osserv. XXXVII, XXXVIII, XXXIX), si può con fondamento conchiudere che tutte le altre maniere di cauterizzare il canale n. sopra indicate non reggono al confronto di quella di Gensoul, di cui si diranno più sotto i rispettivi vantaggi ed inconvenienti.

CCXLI. Sebbene siano stati immaginati molti stromenti per istabilire una via artificiale alle lagrime a traverso dell'osso unguis, noi crediamo però che uno stromento perforante sia da anteporsi (*105). Un grosso

---

(*105) Paolo Egineta fu il primo che insegnò di traforare l'unguis (Annot. 81), ma non si conosce quale fosse la forma dello stromento di cui egli si serviva a quest'oggetto. Wolhouse e Arnaud lo

specillo terminato in punta acuta o il punteruolo d'un mediocre trocarre retto possono ugualmente servire a questo scopo.

CCXLII. L'osso unguis debb'essere perforato con qualche obbliquità d'alto in basso e dal di fuori all'indentro, affinchè il foro corrisponda al meato medio delle fosse nasali tra la conca media e l'inferiore, si eviti la lesione delle cellule etmoidali e del tramezzo del naso, e sia più declive la discesa delle lagrime nel medesimo.

CCXLIII. In conseguenza, fatta l'incisione del sacco l., la quale debb'essere più lunga del solito cioè di cinque o sei linee, si porta la punta d'uno dei detti stromenti contro alla parte più bassa dell'osso unguis, ove

---

traforavano con una tenta solcata acuta. S. Yves, Schobinger, Alessandro Monro, col punteruolo d'un trocarre retto. Pott, con un trocarre curvo munito di cannula. Alcuni consigliarono un trapano acuto o una specie di trivella: altri uno stromento a foggia di foglia di mirto detto dai Francesi *poussoir*: altri la branca d'una forbice ben acuta. Molti non si contentarono di forare l'unguis, ma raccomandarono di reciderne una porzione. Lamorier propose a questo fine una piccola tanaglia acuta e incurvata in punta. Hunter una cannetta o un cilindro d'acciajo vuoto e tagliente nel suo orlo inferiore, ed un pezzo di corno introdotto pel naso onde sostenere l'osso unguis nell'atto di perforarlo col cilindro. Ai tempi moderni Tarlich immaginò d'aprire l'unguis con uno stromento fatto di due branche terminate in un orlo circolare e tagliente, che si applicano sull'unguis una dalla parte del naso e l'altra da quella del sacco l.: ecc. La maggior parte di questi mezzi furono abbandonati come troppo complicati e meno vantaggiosi che i sopra detti. Quelli di Hunter e Tarlich non furono fin qui mai utilmente applicati alla pratica. Essi sono d'altronde di difficile applicazione, generano gravi dolori ed operano a un di presso come il trocarre e gli altri mezzi più semplici, cioè scheggiando e sminuzzando sovente l'osso.

termina il sacco l. e principia il canale n. (*106), dirigendola obbliquamente dal di fuori all'indentro e dall'alto al basso, e si spinge con graduale e moderata forza per non penetrare all'improvviso troppo profondamente, finchè sia vinta la resistenza dell'osso, la quale è piccola in grazia della naturale sua sottigliezza; e quindi, cessando dallo spingerlo più innanzi, con un movimento rotatorio si procura di aggrandire il foro. Si avrà un indizio certo che il tramezzo lagrimo-nasale è traforato, dall'uscire sangue per la corrispondente narice, ovvero dal sentirlo l'infermo colare nella gola; dal solletico ch'egli prova nel naso e dall'uscire per la ferita l'aria e il muco della narice mischiati con sangue, nell'atto che il medesimo infermo si soffia il naso. Qualunque sia lo stromento che si adoperi, l'osso rimane sovente scheggiato o sminuzzato nell'atto operativo.

CCXLIV. Fatta l'apertura rimane a compiersi una indicazione importantissima ed è quella di mantenerla dilatata perchè infistolisca. Più mezzi sono stati per ciò vantati e sperimentati, fra i quali noi preferiamo in alcuni casi una cannula sola alquanto più curva di quella del Dupuytren ed in altri una cannula insieme col setone.

CCXLV. Se l'osso non rimane scheggiato e l'apertura riesce regolare, debbesi immediatamente ritirare lo stromento perforante, insinuare nell'apertura un piccolo specillo cilindrico e colla guida di questo introdurre una cannula in oro o in argento alquanto più grossa di

---

(*106) È di niun vantaggio il mettere, come raccomandava Monro, allo scoperto, mediante un taglio, l'osso unguis prima di perforarlo.

quella che s'introduce nel canale n.: quindi si cura l'apertura esterna come è stato altrove detto (Osserv. XL). Ma se l'osso rimane alquanto sminuzzato sì che la cannula non possa rimanere in sito o sia troppo mobile, conviene ricorrere al setone. Perciò, ritirato lo stromento perforante, s' insinua nell'apertura lo specillo cilindrico e colla sua guida si introduce una piccola cannula in argento fino al di là dell'artifiziale apertura. Questa cannula serve a far passare nel naso una minugia, all'estremità inferiore della quale si attacca poi un setone più grosso di quello che si usa pel canale n., il quale setone debb'essere di quando in quando rinnovato. Allorchè, dopo l'uso più o meno continuato del medesimo, l'apertura si è renduta regolare ed ha infistolito, esso si leverà ed in sua vece si introdurrà collo specillo cilindrico una cannula la quale s'adatti ben bene all'apertura fistolosa interna (*107).

(*107) Wolhouse è il primo che abbia immaginato d'introdurre una cannula in oro, in argento o in piombo nell'apertura dell'osso unguis. Egli si serviva di due specie di cannule. Cominciava dall'introdurne una fornita d'un orlo grande per infistolire l'apertura, e quindi ne introduceva una più piccola e senz'orlo sopra di cui procurava si cicatrizzasse l'apertura esterna. Succedeva poi sovente che quest'ultima cadesse nel naso, si chiudesse l'apertura fistolosa interna e ritornasse la malattia. La pratica di Volhouse, abbracciata da Ravaton, Eistero, Beniamino Bell, Richter e da altri Chirurghi di molto merito, fu sperimentata con felice successo da Gladbach, Platner e Volpi in alcuni casi difficilissimi in cui tutti gli altri mezzi, compreso il cauterio attuale, erano stati inutili.

In vece della cannula furono in varie epoche messi in uso altri mezzi, come minugie, candelette saturnine o di gomma elastica, stili o tente di piombo, stuelli di fino refe unti e spalmati di qualche appropriato rimedio e gradatamente aumentati di volume, uno stile in argento (Ware) a testa di chiodo, e principalmente il

CCXLVI. Durante l'uso del setone si dovranno fare injezioni mollitive per l'apertura del sacco, onde nettare sì questo come la via artificiale dal muco e pus che vi ristagnano: anzi, calmato il lavoro flogistico, queste injezioni dovranno essere essiccative ed astringenti (decozione di corteccia di quercia; acqua di calce, soluzione alluminosa o vitriolica, ecc.), e ciò nello scopo di prevenire la soverchia crescenza di carni fungose; e, dove queste pure germogliassero rigogliose, si reprimeranno col nitrato d'argento. In somma si procurerà di impedire o rimuovere ogni occasione d'infiammazione, di suppurazione, d'ulcerazione, d'intasamento, ecc. e di usare tutti quei mezzi che tendono ad asciugare, cicatrizzare ed infistolire l'apertura.

CCXLVII. Si dice contro all'uso della cannula introdotta a traverso del tramezzo lagrimo-nasale, ch'essa è col tempo soggetta a cadere nel naso e che è facilmente intasata dal muco delle vie l. Ma nè è frequente questo intasamento, nè è cosa difficile il prevenirlo o vincerlo con injezioni fatte pei punti l., nè in fine è cosa frequente che la cannula sen cada nel naso, giacchè, oltrecchè l'apertura ossea ordinariamente le si serra presto intorno e ferma la tiene in sito, la sua parte più larga che a foggia d'imbuto ritrovasi nel sacco l. ne impedisce la caduta. Per altra parte, anche succedendone la caduta, è stato osservato (Richter)

---

setone di cui si continuava l'uso fino a che esso non passasse liberamente e senza il menomo dolore per l'apertura dell'osso unguis e non avesse questa infistolito. Quindi, tolto via il setone ed il filo di seta che passava per l'apertura del sacco, questa si chiudeva da sè o se ne procurava la chiusura come si è altrove detto.

che la nuova strada nel naso è ciò non pertanto restata in seguito aperta.

CCXLVIII. Tale è in generale la pratica che noi anteponiamo ogni qual volta l'apertura del tramezzo lagrimo-nasale riesce anzi stretta che no nell'atto operativo o in conseguenza del lavoro di suppurazione ed incarnazione de' suoi orli, e la anteponiamo pei seguenti motivi. Massima è la tendenza che la nuova via ha a richiudersi, se non vi si lascia addentro un corpo dilatante, e ciò in grazia dell'essere essa priva di follicoli mucosi, del gonfiamento de' suoi margini e della proclività che tutte le soluzioni di continuo hanno a stringersi e chiudersi: proclività la quale è qui tanto maggiore in quanto che le membrane che coprono l'unguis così dal lato del naso, come da quello del sacco sono assai molli, spugnose e leggermente aderenti, ond'è che facile è il loro rammarginamento, malgrado che l'osso unguis rimanga, come d'ordinario rimane, estraneo a questo lavoro. Oltracciò per istabilire una via artificiale in modo tale che non se n'abbia da temere facile la chiusura, conviene fare un lunghissimo uso di corpi dilatanti i quali sovente promuovono una lenta infiammazione del sacco e dei condotti l., per cui questi possono anche rimanere chiusi con successiva insanabile lagrimazione, talvolta falsamente attribuita ad una nuova chiusura della via artificiale. All'opposto, oltrecchè coll'uso della cannula (*108) è impossibile il

---

(*108) Zang non è fautore dell'uso della cannula, nè tiene in gran conto la via artificiale anche senza cannula, perchè « manca, dice egli, alla via artificiale la necessaria vitalità onde procedano innanzi le lagrime, e manca pure il potere assorbente per le lagrime stesse,

rituramento, abbreviata ne è la cura, rimane meno irritato il sacco, e non è per conseguenza così facile la chiusura dei condotti l.

CCXLIX. In particolare poi noi crediamo si debba sbandire la cannula nei casi in cui l'osso unguis rimane così fattamente scheggiato nell'atto operativo o corroso in conseguenza della flogosi cagionata da essa operazione o dal passaggio dei varii stromenti e mezzi dilatanti, che assai ampia riesce la comunicazione tra le fosse nasali ed il sacco l., e tale che sia cosa impossibile ch'essa si richiuda del tutto, essendo cosa ormai provata che il pericolo del ritorno della malattia stà in ragione diretta della piccolezza del foro dell'osso unguis e delle membrane mucose che lo coprono. Di fatto non ritornò la malattia in un caso riferito da Boyer in cui ampia era questa comunicazione, come non ritorna in generale quando essa guarisce spontaneamente in seguito ad una carie da causa sifilitica, la quale suole distruggere una gran porzione dell'osso unguis e talvolta delle ossa vicine, e stabilire una larga comunicazione tra il sacco lagrimale e le fosse nasali (*109).

---

sì che non n'entra nel naso fuorchè quella quantità la quale assolutamente entrare vi debbe per legge idrostatica: oltre di che il sacco l. si mantiene sempre morbosamente ripieno di dette lagrime, e quindi ne nasce l'epifora ».

Le osservazioni XL e XLI in cui sono registrate due guarigioni ottenute l'una colla cannula e l'altra senza, non sono favorevoli all'opinione di Zang.

(*109) Lamorier ed altri Pratici erano così altamente persuasi di questo principio che insegnavano di rompere e quasi sfracellare l'osso unguis, e quindi d'estrarne i minuzzoli con adattate pinzette. Questa pratica fu più tardi disapprovata per timore non fosse per risultarne

CCL. Volendo eseguire un'apertura a traverso del tramezzo lagrimo-nasale col caustico potenziale, la migliore pratica è quella del Nannoni assai migliorata da Volpi (*110). Spaccato ampiamente il sacco l., se ne riempirà la cavità con molli filaccica, e si aspetterà che la flogosi del medesimo sia o del tutto cessata o ben calmata: quindi, mercè di piccole mollette, si principierà a introdurre nel suo fondo e contro all'osso unguis, un minuzzolo di nitrato d'argento grosso quanto un mezzo grano di riso che sarà mantenuto in sito da una tasta di molli filaccica asciutte la quale servirà eziandio a conservare dilatato il sacco. Altre filaccica saranno soprapposte alle prime e si finirà con una fasciatura mediocremente compressiva. Se ad ogni medicazione colle filaccica esce anche l'escara dal caustico generata, si ripeterà l'applicazione d'un minuzzolo di nitrato d'argento sullo stesso luogo e nella stessa maniera di prima, altrimenti si riempirà la cavità del sacco con semplici filaccica, e si aspetterà il distac-

---

una grave flogosi ed uno sconcio soverchio. Le osservazioni però di Beniamino Bell provano che esagerato è questo timore: e di vero egli assicura di non avere mai osservato alcun inconveniente in seguito alla pratica d'infrangere « con molta libertà » l'osso unguis. I risultamenti della mia sperienza sono del tutto conformi a quelli del testè citato Autore, giacchè in due casi in cui mi toccò di sminuzzare l'osso unguis non vidi alcun inconveniente conseguitare quest'operazione. Uno di questi casi sarà più avanti registrato (Osservaz. XLI). Del resto io mi contento a notare questi fatti senza alcun commento. Essi serviranno forse a qualche altro Pratico il quale si faccia a dilucidare più particolarmente questo punto di Chirurgia operativa.

(*110) Nannoni adoperava il precipitato rosso ed i trocischi di minio, e Volpi il nitrato d'argento.

camento dell'escara per continuare l'uso del caustico finchè si senta collo specillo l'osso unguis denudato per la massima parte della sua estensione. Allora si desisterà dall'uso del nitrato e s'introdurrà una sola tasta di filaccica che debbe stare in contatto coll'osso scoperto. L'ulcera esterna si coprirà con una listina di empiastro adesivo e si continuerà questa semplice medicazione insino a tanto che non si veda più uscire veruna sostanza disorganizzata. Da questo momento si diminuirà per gradi la grossezza della tasta a segno di ridurla a pochi fili attorcigliati colle dita. E se, dopo alcuni giorni di tale medicazione, facendo chiudere le palpebre all'infermo, apparirà nel luogo operato un piccolo infossamento, il quale è di buon augurio, si tralascierà insino l'introduzione di quella piccolissima tasta, e si coprirà solamente il piccolo foro con una listerella di taffetà gommoso. Da questo forellino vedesi stillare per alcune settimane qualche gocciolina di lagrime. Nasce finalmente un'infiammazione nell'angolo interno dell'occhio, la quale, medicata con un cataplasma mollitivo tiepido, si termina in meno di due giorni per suppurazione, e l'ascesso scoppia da sè, lasciando vedere nel luogo dell'apertura un punto nero che è l'osso unguis necrotico il quale, separatosi dalle parti circondanti, si presenta alla detta apertura da cui è cosa facile estrarlo colle mollette. Dopo uscito l'osso, si fa una medicazione semplice e superficiale la quale è in pochi giorni seguita da una soda guarigione. In alcuni casi, se, dopo che l'osso unguis è denudato dal caustico, si prende il partito di raschiarlo bel bello nel suo centro con una tenta solcata e terminata in punta acuta, in modo da traforarlo, se ne procura una sfogliazione insensibile colla successiva caduta delle

reliquie ossee nel naso e si previene il testè detto secondario ascesso dell'angolo dell'occhio (*111).

CCLI. Oltre alle due fin qui dette pratiche d'aprire una via artificiale alle lagrime, sonvi ancora oggidì alcuni Chirurghi i quali nel caso di carie o necrosi dell'osso unguis insegnano di ricorrere al cauterio attuale, perchè vince in essoloro l'opinione che con questo si ottenga un'apertura con grande perdita di sostanza, epperciò meno facile a richiudersi, mentre si distrugge con più prontezza e certezza la carie o la necrosi. Noi concorriamo però nell'opinione di quelli che lo bandiscono dalla pratica chirurgica (*112), e ciò pei seguenti mo-

---

(*111) Nannoni opina che con questa pratica rimanga abolita la cavità del sacco, e che questo si converta in un corpo solido come *un grosso callo*, e Volpi crede ch'esso sacco rimanga pienamente distrutto ed impervio alle lagrime. Il vero è però che il non essere la guarigione seguita da una costante lagrimazione, e l'uscire alcune gocce di lagrime dall'anzidetto forellino che rimane fino allo scoppio dell'ascesso secondario, provano abbastanza che il sacco non è affatto distrutto, ma che lo è solamente dalla parte dell'osso unguis. Il vero è pure che le lagrime continuano a discendere nella superstite cavità del sacco l. molto ristretto, e da questo nelle fosse nasali per la apertura del tramezzo lagrimo-nasale, la quale essendo molto ampia, non succede quasi mai il ritorno della malattia, e ciò viene in maggiore conferma di quanto è stato sopra detto (§ CCXX e l'annot.).

(*112) Riandando gli Annali dell'Arte si trova proposto l'uso del cauterio attuale nella cura della fistola l. da Galeno, Archigene, Celso, Paolo Egineta, Avicenna, Pareo, Fabbrizio D'Acquapendente, Severino, Sennerto, Riverio, Fallopio, Ruggero, Marchetti, Solingen, Vauguion, Clerk, Dionis, S. Yves, Maître-Jan, Garengeot, Platner, ecc. Ruggero insegnò nel medio evo il modo d'introdurre il cauterio attuale in una cannula. Molti di questi Scrittori lo hanno solamente proposto nel caso di fistola con carie, mentre altri, tra cui S. Yves, lo mettevano anche in pratica nella fistola senza carie. Da S. Yves in poi esso fu unanimemente sbandito nei

tivi: il cauterio è un mezzo troppo doloroso: con esso non si ottiene sempre la guarigione, nè, quando si ottiene, è sempre impedito il ritorno della malattia: è spesso seguito da totale chiusura del sacco e da insanabile lagrimazione per la flogosi e pel guastamento organico ch'esso d'ordinario induce in quelle dilicatissime parti: non si ha penuria di mezzi più blandi per supplirvi, come si dirà parlando della cura della fistola con carie o necrosi. Rimane ora ad esaminarsi quale dei due metodi generali di guarire il tumore e la fistola l. sia il migliore, e quali fra le pratiche di ciascun metodo siano da anteporsi.

CCLII. Il metodo con cui si apre alle lagrime una via artificiale è per più riguardi da posporsi a quello con cui si ristabilisce la via naturale. La ragione ciò

---

casi di fistola senza carie; ma è ancora da alcuni, specialmente da Scarpa, encomiato nella fistola con carie.

Gli oppositori della Pratica del cauterio attuale sono Eistero, Louis, Richter, Beniamino Bell, Boyer, Carlo Bell, Travers, Weller, ed in genere tutti i Pratici moderni. Del resto ecco in breve il modo con cui si raccomanda generalmente di praticare la cauterizzazione. Due o tre giorni dopo che si è ampiamente spaccato il sacco l. e si è empiuto di molli filaccica, si porta una cannula in argento obbliquamente dall'alto al basso e dal di fuori allo indentro fino contro all'osso unguis e vi si fissa bene; quindi, coperto l'occhio con un panno lino inumidito, colla guida della medesima si applica all'unguis il cauterio terminato in bottone di rosa onde distruggerlo insieme colle membrane che ne rivestono ambe le superficie. Ciò eseguito si fa uso di cataplasmi mollitivi fino a che sia calmata la successiva flogosi: quindi si mantiene libera l'apertura lagrimo-nasale con turaccioli di filaccica o con una piccola candeletta di gomma elastica, continuati fino a che i margini della medesima apertura siano affatto cicatrizzati. Ciò ottenuto, se l'apertura esterna non si chiude di per sè, se ne procurerà la chiusura cogli opportuni soccorsi.

detta e lo confermano i fatti. Se la nuova via si mantiene dilatata colla cannula, pronta è d'ordinario la guarigione, ma essa cannula s'adatta con maggiore difficoltà ed è forse più facile a muoversi di luogo che quando s'introduce nelle vie l. Se non si mette in opera la cannula per mantenere dilatata la nuova via, debbesi far uso di corpi dilatanti per un tempo molto più lungo che quando si dilatano le vie naturali. Oltrecchè la nuova via, se non è assai ampia, è più facile a richiudersi (*113) che le vie naturali una volta dilatate, l'Arte non possiede alcun mezzo per impedirne la nuova chiusura, come ne possiede (cateterismo del canale n.) per impedire la nuova chiusura delle vie naturali. È superfluo il dire che lo stabilire una via artificiale a traverso di tessuti continui è causa di maggiori dolori.

La pratica di Nannoni modificata da Volpi, tuttochè non seguita dalla chiusura della via artificiale e dal ritorno della malattia, è però lunga e ad un tempo dolorosa, e fomenta una lunga flogosi del sacco sia per le ripetute applicazioni del caustico, sia per la costante dilatazione in cui si debbono mantenere il medesimo sacco e la sua apertura esterna fino a che si ha da operare col caustico (*114).

(*113) Beniamino Bell ed alcuni altri Pratici asseriscono essere più facile il ritorno della malattia schiudendo il varco alle lagrime pel canale n. che quando si schiude a traverso del tramezzo lagrimo-nasale. Dalle cose sopra dette si rileva quest'asserzione essere vera solo quando molto ampia riesce l'apertura lagrimo-nasale.

(*114) Dalle osservazioni di Angelo Nannoni si ricava che egli fu obbligato « d'applicare spesso il ferro ed il caustico per mantenere aperta la piaga degli integumenti ». Da quelle di Giuseppe Bianchi risulta che « bisognò più d'una volta mettere mano

CCLIII. Malgrado questi inconvenienti del metodo di fare una via artificiale, esso non debbe essere proscritto, come lo proscrivono Beer, Demours, Travers (*115), ecc.; ma debb'essere riserbato per quei casi solamente in cui l'altro metodo non può assolutamente essere seguito (*116), quali sono, secondo alcuni:

1.° La mancanza o chiusura congenita del canale nasale (*117) o la sua accidentale ma totale ostruzione per aderenze molto estese e compatte delle sue

---

al bistorì per allargare l'apertura esterna ». Io fui pure stretto dalla medesima necessità quando ebbi ricorso alla pratica del Nannoni (Osserv. XII). Da questi e dagli altri sopra citati inconvenienti si scorge che questa pratica non si può con Volpi « risguardare come ben vicina a quel termine ideale che si chiama perfezione », comechè la sua utilità sia incontrastabile e non meriti l'obblio a cui si volle da alcuni Scrittori condannare.

(*115) È cosa degna d'essere notata che, mentre Travers rigetta in ogni caso la perforazione dell'osso unguis, un altro Pratico di gran merito, suo contemporaneo e connazionale, Carlo Bell si mostra propenso a darle la preferenza pressochè in ogni caso.

(*116) Il metodo con cui si stabilisce una via artificiale si può quindi a buon diritto chiamare *metodo di necessità*.

(*117) Non si debbe ommettere di notare che in un caso di mancanza congenita del canale n. Dupuytren perforò la stessa sostanza ossea secondo la naturale direzione di esso canale, e vi introdusse con successo una cannula. Dopo ciò debbe sembrare meno ardimentosa la pratica di Petit, Monro e Beer nei casi rarissimi di chiusura del canale n. per aderenze molto estese e compatte, non superabili coi mezzi ordinarj. Dei quali Autori il primo consiglia di traforare l'ostacolo e sturare il canale n. con una tenta acuta in punta, il secondo con una piccola lesina, ed il terzo con una tenta in forma di trocarre, di cui la punta debb'essere coperta con un po' di cera, onde non rimangano offese le parti mentre si porta contro all'ostacolo. Se non che dalle cose qua e là dette si può facilmente inferire che si possedono oggidì mezzi più sicuri per giungere allo scopo che il Pratico si prefigge in simili occorrenze.

pareti, onde non sia possibile di scoprire il varco naturale tra il sacco l. e la narice. Quest'ultimo caso, per me non mai visto, occorre, al dire d'alcuni Autori, quando la malattia è inveterata, e l'apertura fistolosa dura già da lunghissimo tempo.

2.° Il grande schiacciamento delle pareti ossee del canale n. per frattura o per esostosi altrimenti invincibili. Giovi però riflettere che la vistosa depressione della radice del naso o delle ossa che concorrono a formare la parete anteriore della doccia l. e del canale n., non è sempre un indizio certo che esso canale sia schiacciato in modo che riesca cosa impossibile di ristabilirlo (Oss. XII).

3.° La coesistenza della fistola e della carie dell'osso unguis. Vi sono però in quest'ultimo caso alcune eccettuazioni di cui sarà più sotto fatta menzione.

CCLIV. Nei due primi casi si può stabilire la via artifiziale o colla pratica del Nannoni, o mediante lo stromento perforante e la successiva introduzione d'una cannula (§ CCXLV). Quest'ultima pratica però come più speditiva sembra da preferirsi, eccettuati i casi d'infermi molto sensitivi e dilicati o aborrenti il ferro o ripugnanti all'introduzione d'un corpo straniero in quelle parti. Nell'ultimo sopra citato caso debbesi avere ricorso allo stromento perforante come si dirà più avanti.

CCLV. Dopo di avere parlato delle varie pratiche con cui si forma una via artifiziale alle lagrime, e dimostrata la preferenza che merita in genere il metodo che consiste nel ristabilire le vie naturali, diremo ora dei relativi vantaggi ed inconvenienti delle varie pratiche di quest'ultimo.

La pratica del setone e delle sue varietà esige inco-

mode medicazioni e non interrotte cure per lo spazio di due, tre, quattro, sei ed anche più mesi che gli infermi passano tra la noja ed il mal umore senza che la guarigione riesca certa cioè esente da ricaduta. La imperfezione di queste pratiche dipende dalla poca durata d'azione dei mezzi che s'oppongono all'ostruzione del canale n. in confronto della massima tendenza che ha questa a rinnovarsi; e ciò anche nei casi in cui i mezzi dilatanti si continuano per molto tempo.

CCLVI. Sugli inconvenienti della pratica del setone e delle sue varietà è appunto fondata la preferenza che merita quella della cannula la quale, a guisa di forza passiva e permanente, mantiene costantemente dilatato il canale n. Questa pratica è la più semplice, più speditiva e più facile, ed arreca pochissimo dolore. Colla cannula presto si fonde la sostanza organica degli ostacoli duri del canale n. Nei casi felici gli operati, gratamente sorpresi della pronta loro guarigione, sono così poco incomodati dalla sua presenza che la maggiore parte d'essi ignorano di portarla sopra di sè o sospettano ch'essa sia caduta fuori dal naso. Si ha il vantaggio di potere operare anche i ragazzi in cui la grande mollezza della membrana che riveste il canale n. rende così facile il suo inzuppamento ed il ritorno della malattia, che molti Chirurghi di gran merito sono d'avviso non doversi essi sottoporre all'operazione secondo le ordinarie pratiche prima dell'età di quattordici o quindici anni. Impediendo la cannula il ritorno della malattia, rimane inutile il precetto di non operare il tumore l. quando esso è indolente e non dà alcuna molestia (§ CXCII): precetto in gran parte fondato sul timore che, ritornando, come spesso ri-

torna la malattia dopo l'operazione eseguita secondo la pratica del setone, rimanga questa sfregiata appo gl'ignari.

CCLVII. Si dice contro all'uso della cannula: *a*) che non si sa intendere come un tubo metallico o una parte inorganica possa fare le veci d'un condotto naturale, e serva per sempre in luogo d'un organizzato, nè come le funzioni dei punti e del sacco l. si ristabiliscano quasi che fossero in consenso coi medesimi tubi: *b*) che la cannula si è talvolta fatto strada a traverso della volta del palato ed è giunta sino nella bocca (Giulio Cloquet e Gensoul): *c*) che gli infermi hanno orrore di dovere portare sempre una cannula nelle vie l.: *d*) che, nel caso in cui la si dovesse per qualche motivo estrarre, quest'estrazione richiede un'operazione per lo più difficile e dolorosa: *e*) che la cannula è facilmente turata da mucosità o da cristallizzazioni terree: *f*) che, essendo la cannula un corpo straniero posto fra tessuti viventi, questi hanno una continua tendenza ad espellernela per le vie naturali e farla in conseguenza salire nel sacco o discendere nelle fosse nasali: *g*) che la cannula mantiene talvolta, soprattutto nelle persone mal costituite, flussioni e flogosi croniche.

Il fatto ha dimostrato che chimerica è la prima objezione *a*): che la seconda e la terza *b*, *c*) sono per buona sorte dedotte da casi molto rari: che la quarta *d*) è esagerata: che la quinta, sesta e settima, tuttochè amplificate altresì dagli oppugnatori della pratica della cannula, sono però di qualche peso. Talchè per rapporto a queste io ho qualche ragione per credere, se non falsi, come dice Nicod, alquanto inesatti i calcoli di Bégin e Sanson, ricavati da un grande numero di

operati. Risulterebbe da questi che di venti sedici guariscono radicalmente senza che la cannula si sposti, nè nasca alcun altro inconveniente: che in due nascono sintomi d'irritazione e d'infiammazione che richiedono l'uso degli antiflogistici locali e generali, combattuti i quali, gli operati s'avvezzano d'ordinario alla presenza della cannula senza che vi sia il bisogno di estrarla; e che in altri due finalmente la cannula cade nel naso o risale nel sacco lagrimale, d'onde debb'essere estratta. Siccome però quest'accidente occorre talvolta lungo tempo dopo l'operazione, così non è in tal caso per lo più impedita la guarigione, perchè si ristabilisce la funzione del canale n. non altrimenti che se fosse stato dilatato dal setone, dalla candeletta e simili (*118).

CCLVIII. I vantaggi della pratica di Gensoul sono i seguenti: Si penetra nel canale n. con uno stromento mozzo incapace d'offenderlo. Vi si penetra per la sua apertura naturale più larga. Si evita il taglio del sacco lagrimale. Si agisce solamente sulla sede principale della malattia cioè sul canale n. senza toccare il sacco: ne siegue quindi ben di rado l'infiammazione di questo; epperciò non v'è il pericolo che rimangano alterati o chiusi i condotti l., come succede talvolta dopo le pratiche in cui esso sacco è per lunga pezza di tempo irritato o maltrattato da ruvide medicazioni, dall'iterata e reiterata introduzione d'istromenti, ecc.

(*118) Quando la cannula si sposta così presto che il morboso ostacolo non rimanga sufficientemente schiacciato e medicato, conviene estrarnela e quindi assoggettare l'ammalato ad una nuova operazione. Io ho registrato un solo caso d'eccettuazione a questo precetto generale (Osserv. XLII.).

L'azione della cauterizzazione essendo momentanea, ne deriva che i suoi effetti, quando sono per caso nocivi, si calmano assai più presto che gli effetti nocivi dei mezzi che hanno un'azione permanente (setone, cannula, ecc.): da qui deriva ancora che il Chirurgo può nella pratica della cauterizzazione seguire meglio che nelle pratiche del setone, della cannula e simili, i progressi della cura, come può meglio conoscere il momento in cui il suo soccorso diventa inutile. Mediante la cauterizzazione gli ostacoli non rimangono solamente schiacciati, ma chimicamente distrutti. Con essa si può, senza spaccare il sacco, medicarne la superficie interna nei rari casi in cui è ulcerata o fungosa. In fine, oltrecchè colla pratica di Gensoul si fa la cauterizzazione degli ostacoli del canale n., si ottiene nel tempo stesso la dilatazione di questo, e si possono all'uopo anche fare injezioni: e così la pratica di Gensoul è come un complesso di tre pratiche.

A questi vantaggi reali della pratica di Gensoul si contrappone ch'essa è in alcuni, benchè rari casi, ineseguibile, come quando la sede dell'ostacolo è verso l'orifizio inferiore del canale n., e quando questo orifizio è, per vizio congenito, troppo stretto, o la conca inferiore è troppo vicina al piano delle fosse n. o all'osso mascellare e simili. Nè è improbabile che rimanga col tempo provato che la cauterizzazione del canale n. ritardi bensì, meglio che i soli mezzi dilatanti non permanenti, il ritorno della malattia, ma non ne impedisca sempre la riproduzione, come fa la cannula: a un di presso come dalla cauterizzazione dell'uretra è bensì ritardato meglio che dai soli mezzi dilatanti, ma non è impedito per sempre il ritorno de' suoi ostacoli.

CCLIX. In somma pare che fra le pratiche con cui

si distura il canale n. quelle di Dupuytren e di Gensoul siano le migliori. Ma non si può per ora decidere quale delle due meriti la preferenza, per ciò che un simile giudizio esige non soltanto che si moltiplichino le prove della cauterizzazione, le quali non sono ancora fin qui in numero sufficiente, ma che si pigli tempo a vedere se saranno permanenti o no i favorevoli successi di questa novella pratica. Se però fosse col tempo provato che la cauterizzazione non è mai o è raramente seguita dalla riproduzione della malattia, si può fin d'ora predire che essa salirà, nei casi in cui è eseguibile, in un pregio superiore a quello delle altre pratiche fin qui conosciute.

CCLX. Se, mentre il Chirurgo è intento a ristabilire il corso alle lagrime con qualcheduna delle fin qui esaminate pratiche, persiste un qualche vizio costituzionale o locale nelle palpebre, egli debbe procurare di correggerlo nel tempo stesso.

CCLXI. Accade alle volte che, dopo il ristabilimento delle vie l., rimanga ora un po' d'inzuppamento o di flogosi lenta con morbosa secrezione di muco e lagrimazione, ora alquanta lassità del sacco o atonia dei punti e condotti l., e ciò in conseguenza dell'abituale ostruzione ed inazione delle parti, della lunga durata della malattia, o anche in conseguenza dell'operazione. Sarà in tali casi cosa utile ricorrere ai mezzi sopra raccomandati (§ CLXXXVII). Passiamo ora a parlare della cura di alcune complicazioni del tumore e della fistola l.

CCLXII. Se, aperto il sacco l., s'incontra un ostacolo fatto da un corpo straniero o da un polipo, si dovrà tosto estrarre il primo, e recidere nel suo peduncolo il secondo, avendo in quest'ultimo caso l'av-

vertenza d'introdurre di poi un qualche rimedio cateretico nel sacco, onde destarvi un'utile reazione organico-vitale che cancelli la preesistente morbosa condizione generatrice delle polipose vegetazioni. Ove poi, tolti questi ostacoli, rimanesse la chiusura o lo stringimento delle vie l., sarà mestieri, per ristabilirle nello stato naturale, ricorrere ad alcune delle pratiche operative sopra menzionate.

CCLXIII. Se, nei casi in cui si opera giusta la pratica di Dupuytren, s'incontra la superficie interna del sacco realmente fungosa o ulcerata (Annot. 100), e se non bastano la presenza della cannula e la blanda medicazione altrove raccomandata (§ CCXXIII) per superare questa complicazione, si dovrà, seguendo l'utile precetto di Scarpa, spaccare esattamente il detto sacco, e poi empierlo con molli filaccica e dopo alcuni giorni, stabilitasi la suppurazione, si laverà ben bene l'ulcera e si riempierà colla maggiore possibile esattezza il fondo della cavità morbosa con filaccica inzuppate d'un linimento fatto con precipitato rosso e mucilagine di gomma arabica. Con questa medicazione continuata per qualche tempo la cavità del sacco si stringe ordinariamente per gradi e ne sparisce lo stato ulcerativo o fungoso. Se non per questo il male continuasse, si empierà tutta la cavità di polvere di precipitato rosso semplice o misto con un po' d'allume, e si adoprerà anche, occorrendo il bisogno, il nitrato d'argento. Con questi ultimi mezzi si converte l'interna superficie del sacco in un'ulcera semplice capace di soda cicatrice. Ad ogni medicazione si manterranno dilatate le labbra dell'apertura esterna con filaccica, onde non si restringano se non se in proporzione dello stringimento dei lati, del fondo e della sommità del sacco;

e s'intralascierà l'uso delle filaccica tosto che il medesimo sacco sarà bene ristretto e sarà cicatrizzata la sua superficie interna, nè uscirà più marcia. Del resto durante questa medicazione non si leverà via la cannula introdotta nel canale n., ma si faranno di quando in quando injezioni per l'apertura del sacco, onde impedirne l'otturamento.

CCLXIV. Allorchè la carie coesiste colla fistola, conviene distinguere se essa è generata da causa locale oppure costituzionale. Nel primo caso sono indicati i rimedj topici raccomandati contro alla carie idiopatica; mentre nel secondo è mestieri aggiungere a questi rimedj locali la cura capace di vincerne la causa interna o costituzionale.

CCLXV. Nei casi in cui è affetta da carie l'apofisi verticale dell'osso mascellare, la quale resiste di più ai rimedj che quella dell'osso unguis, succede che, dopo la separazione della parte cariosa, ora rimanga risanata la fistola, il che è rarissimo, ed ora questa continui, ma in istato di semplicità, e si debba combattere colle stesse pratiche colle quali si combatte la fistola semplice. In quelli in cui è affetto l'osso unguis avviene per lo più che la parte cariosa, distaccatasi in un modo sensibile o insensibile, ne comprenda tutta la spessezza, e siccome essa equivale quasi sempre a quella che potrebbe essere dall'Arte annichilata, ne siegue perciò che la guarigione della carie sia ordinariamente conseguitata da quella della fistola senza grande ed artifiziosa cura locale (Annot. 67).

CCLXVI. Quando poi malgrado una lunga medicazione topica ed interna non succedesse alcuna sfogliazione o buona vegetazione carnosa nell'osso unguis carioso, converrebbe toccarlo di quando in quando senza

violenza colla tenta, per determinarne la separazione: e, ciò non bastando, non rimarrebbe altro partito per accelerare la guarigione, se non se quello di fare una nuova via a traverso dell'osso unguis con uno dei sopra citati stromenti perforanti, e ciò tutt'ad un tratto, oppure raschiandolo a poco a poco.

CCLXVII. Allora quando la carie occupa una grande estensione della doccia l. e del canale n., va per lo più perduta la speranza di ripristinare le funzioni delle vie l., perciocchè succede d'ordinario che, durante o dopo la guarigione dell'affezione delle ossa, le medesime vie si chiudano totalmente o parzialmente in un modo irreparabile.

CCLXVIII. Per ultimo nei casi in cui l'osso unguis è solamente denudato, la prudenza vuole che non si intraprenda veruna operazione sul medesimo, ma che si ricorra anzi ad un metodo curativo blandissimo ed affatto antiflogistico, poichè si hanno parecchi esempj di spontanea guarigione senza sfogliazione, almeno sensibile.

CCLXIX. Dove la fistola dipenda da ostacoli *estralagrimali*, essa non può altrimenti risanarsi fuorchè vincendo quegli ostacoli con appropriata medicazione. E siccome succede talvolta che la fistola, tuttochè generata da essi ostacoli, rimanga poi col tempo dai medesimi indipendente e continui dopo che questi sono vinti, così, compiuta la prima indicazione, converrà in tal caso curare la fistola a norma dei precetti sopra stabiliti, come se essa fosse una malattia primitiva.

CCLXX. La cura dell'idropisia del sacco l. consiste nello spaccare esso sacco, nel far uscire mercè di blande pressioni l' umore contenutovi, e quindi lavandolo

con injezioni fatte collo schizzatojo d'Anel per nettarlo da ogni mucosità. Se l'umore è consistente sì che non possa uscirne coll'ajuto delle sole injezioni, debbesi estrarre a poco a poco colle mollette, distaccando altresì con un piccolo specillo la parte che è ancora aderente nel fondo del sacco, e procurandone l'espulsione con injezioni. Uopo è quindi con rimedj escarotici distruggere la superficie mucosa del sacco, ed indurvi uno stato flogistico-esulcerativo il quale, dopo un periodo suppurativo più o meno lungo, è conseguitato da vegetazioni carnose e dalla totale chiusura del medesimo sacco.

CCLXXI. Quando la fistola l. è insanabile, la qual cosa è rara nello stato attuale della scienza, alcuni sono di parere doversi ricorrere ai mezzi escarotici capaci di chiudere il sacco l., mentre altri opinano essere migliore partito il gettarsi all'uso dei caustici coll'animo di otturare i punti l. La prima opinione è la più sana per ciò che non sempre la chiusura dei punti l. è conseguitata da quella del sacco, ma può in alcuni casi continuare in questo uno stato flogistico cronico con morbosa secrezione mucoso-purulenta, il quale, se non è ancora attualmente accompagnato dalla totale chiusura del canale n., lo sarà, secondo Beer, tosto o tardi: ed in tale caso o continua l'apertura fistolosa, stillante non già lagrime ma solo muco o pus, o l'apertura fistolosa si chiude e l'affezione si converte in idropisia del sacco l. (§ CXXXVI).

CCLXXII. Sia poi che i punti, i condotti o il sacco l. rimangano insanabilmente chiusi per cagione della malattia o delle medicazioni, sia che rimangano chiusi in seguito a operazioni ad arte fatte, un inco-

modo ed incorrigibile stillicidio delle lagrime ne è sempre l'inevitabile conseguenza (*119).

(*119) Monteggia dice che forse dando in tal caso qualche taglio trasversale alla faccia interna della palpebra superiore coll'animo di troncare e rendere inutili varii condotti della ghiandola lagrimale, si potrebbe ottenere una diminuzione nella quantità delle lagrime, in modo che l'occhio fosse abbastanza umettato, senza che ridondassero in guisa tale da cadere sulle guance.

Ma questo progetto del Monteggia non ha fin qui l'appoggio d'alcun fatto, e sembra che non sia per uscire giammai dai termini delle cose ipotetiche. Perciocchè, messa in disparte la difficoltà di conseguire l'accennato scopo con quella pratica, se con essa si ottiene la chiusura d'alcuni condotti escretori, questi rimangono col tempo suppliti nel loro uffizio dai superstiti condotti (§ 59).

OSSERVAZIONI

N.° I.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal sig. Tamagno
Allievo del 5.° anno
(ora Dottore in Chirurgia).

Paola Sapina, contadina, d'anni 28, di Moncalieri, dotata di forte complessione e di temperamento sanguigno, e regolarmente mestruata, sofferse, sono ormai quattordici mesi, una violenta distensione nella parte destra della regione dorsale nell'atto che fece uno sforzo per impedire che non isdrucciolasse un grave peso ch'ella portava sul dorso. Ella provò nel momento stesso un acerbo dolore nella parte offesa come se qualche tessuto ne fosse stato lacerato. Ma ammansitosi alquanto il dolore dopo alcune ore, ella continuò ancora per sette giorni, benchè con molto disagio, nelle sue occupazioni. Sorpresa quindi da gagliarda febbre con ingruenza a freddo e ridestatosi il dolore, fu costretta stare a letto, ed ebbe ricorso, per consiglio d'una persona dell'Arte, a cataplasmi mollitivi, a due salassi di libbra e ad alcuni altri compensi antiflogistici. Dopo tre giorni cessò quasi affatto la febbre e si calmò il dolore, ma intanto si manifestò un ascesso nel luogo che corrisponde al muscolo piccolo *dentato* posteriore inferiore, tre pollici e mezzo circa sotto la sede del medesimo dolore. Era cosa evidente

che il maggiore lavorìo purulento aveva avuto luogo più in alto, ma che la materia non aveva ivi potuto raccogliersi in ascesso, frenata dall'aponeurosi *vertebrale* o dei muscoli *dentati* minori, la quale aderisce da un lato alle apofisi spinose, dall'altro all'angolo delle coste e si continua superiormente ed inferiormente con essi muscoli dentati. Vuotato col taglio l'ascesso, le sue pareti si avvicinarono bensì, ma non aderirono, malgrado che fossero state praticate injezioni di diversa natura, e fatte applicazioni di varii empiastri così detti *fondenti*. Talchè dopo quattordici mesi scorsi tra vicende di miglioramento e peggioramento, di calma e di dolori, non però gravi, l'ammalata ebbe ricorso a questo Venerando Spedale Maggiore di S. Giovanni Battista, dove fu coricata nella Clinica Operativa addì 7 di settembre dell'anno 1829.

L'apertura esterna della fistola, circondata da un piccolo cercine di carni fungose, corrispondeva al margine inferiore dell'ultima falsa costa ed era distante un pollice e mezzo circa dall'apofisi spinosa della vertebra corrispondente. Il suo *condotto*, profondamente situato fra le carni e paralello alle apofisi spinose delle vertebre dorsali, si dirigeva all'in su per la lunghezza di tre pollici e mezzo circa, ed il suo corso era esteriormente contrassegnato da un'evidente tumidezza dei tessuti soprapposti, alle volte alquanto dolorosa. Collo specillo introdotto nella fistola non si toccava scoperto nè carioso alcun osso, e la materia che n'esciva era bianca, inodora ed alquanto consistente. Doloroso anzi che no era il movimento di tutti i muscoli fra cui giaceva il condotto fistoloso.

Malgrado che l'immobilità di questi muscoli e di tutto il corpo, non meno che le injezioni irritanti e la compressione fossero già state altra volta messe inutilmente in pratica, si volle tuttavia ritornare ai medesimi compensi per lo spazio di nove giorni, ma indarno. Per la quale cosa, non ostando alcuna complicazione generale nè locale, si ebbe ricorso il

giorno 16 di settembre al mezzo il più efficace cioè alla totale spaccatura del condotto fistoloso, eseguita con bistorino retto guidato dalla tenta solcata. Essendo l'ammalata assai pingue e muscolosa, la spaccatura riuscì molto profonda. Furono in essa comprese, oltre all'aponeurosi vertebrale, molte fibre carnose dei muscoli trapezio, gran dorsale e piccolo dentato inferiore. L'ampiezza del condotto era tale ch'esso avrebbe potuto capire un cilindro del diametro di cinque linee. La sua superficie interna si offriva solamente vellosa dal lato dell'aponeurosi vertebrale la quale formava la maggiore parte della sua parete esterna, mentre essa era coperta da una membrana accidentale, di recente organizzata, nella parte opposta fatta dal piano dei muscoli profondi del dorso. Dopo la spaccatura s'incontrò alla distanza d'un mezzo pollice dall'apertura esterna della fistola un morboso orifizio che era l'entrata di un altro condotto fistoloso parimente coperto da una membrana accidentale, il quale, partendo a angolo retto dal condotto principale, si dirigeva per la lunghezza di due pollici e più verso la penultima costa falsa. Si aveva qualche fondamento a credere che questo condotto laterale, comparticipando della flogosi che doveva di necessità insorgere forte nel condotto principale spaccato ed offrendo un libero scolo alle materie che in esso si formavano, fosse per chiudersi spontaneamente o col soccorso d'alcune injezioni stimolanti e della pressione, epperciò si giudicò a proposito di non spaccarlo. Riempita quindi la fatta incisione con molli filaccica, vi si soprappose un pezzo di tela spalmato con blando unguento, il tutto contenuto con una semplice fasciatura. Si prescrissero bevande diluenti ed una dieta rigorosa. La febbre traumatica, insorta nella domane, fu mite e cessò in due giorni. Si continuarono per diciotto giorni la dieta blanda, le bevande diluenti, le medicazioni semplici a cui s'aggiunsero di quando in quando serviziali mollitivi; ed in capo a quel tempo, essendosi incarnata e tendendo a cicatrice la solu-

zione di continuo, si stava pensando al modo di guarire il condotto fistoloso laterale, non stato spaccato, di cui le pareti non avevano alcuna tendenza ad aderire fra di loro. Frattanto nella notte del 6 al 7 d'ottobre essendo succedute rapide vicissitudini atmosferiche, e trovandosi l'ammalata immersa in un profondo sonno e scoperta, venne assalita da grave pleuritide dal lato destro, la quale durò fino al giorno 20 del citato mese e richiese un pronto ed energico metodo antiflogistico positivo (dodici salassi generali e due locali) e negativo. Dopo l'accidentale pleuritide si misero indarno in pratica per lo spazio di otto giorni le injezioni in un colla compressione. Vista pertanto l'inutilità d'ogni altro mezzo di guarire il superstite condotto fistoloso, si entrò nella determinazione di spaccarlo: il che fu eseguito il 25 di detto mese, comprendendo nell'incisione una parte dell'aponeurosi vertebrale, del muscolo piccolo dentato inferiore e del gran dorsale. Fatta l'incisione il condotto fistoloso ci si offerse stretto nel suo principio cioè nel luogo dove imboccava nel condotto maggiore, e largo nel suo fondo dal lato delle coste, a guisa d'anfratto di cui la parete esterna era fatta dal margine inferiore della ferita, distaccato per un gran tratto dalle parti sottoposte. Ambi i margini della ferita erano spessi e duri. Dopo l'operazione nulla occorse di particolare: l'infiammazione locale e la febbre traumatica furono leggiere: i margini della ferita s'assottigliarono in poco tempo e crebbero ben presto bottoncini carnosi dal fondo della medesima. Non perciò il suo margine inferiore, rendutosi alquanto calloso e accartocciato, continuando a rimanere distaccato dalle parti sottoposte, malgrado che si avesse già avuto ricorso più volte alla cauterizzazione fatta col nitrato d'argento, alle injezioni stimolanti, alla compressione, ecc., fu mestieri reciderne tutta la parte distaccata colle forbici.

Da quel momento in poi ogni cosa progredì regolarmente sotto l'uso d'una semplice medicazione fatta con alcune fi-

laccica applicate nel fondo della ferita e coperte da un pezzetto di tela spalmato di un blando unguento: talchè l'ammalata uscì dallo spedale il 18 di novembre del tutto guarita e senza alcun incomodo nei movimenti dei muscoli stati in qualche loro parte recisi, rimanendovi soltanto due lunghe cicatrici depresse a guisa di due canaletti.

N.° II.

Prat. partic.

Il sig. V., d'anni 30, nativo ed abitante in questa Città, abitualmente dispnoico, dotato d'un abito di corpo lasso e proclive alla cachessia, assai valgo, difformato in tutta la persona per cagione d'una grave e lunga rachitide sofferta nell'infanzia, fu affetto nel mese di aprile dell'anno 1831 da un'ulcera sifilitica locale la quale cicatrizzò in breve tempo col solo uso interno del calomelano e delle polveri del Plenk, presi per lo spazio di dodici giorni circa. Sia effetto del mercurio preso incautamente in una stagione non propizia, sia effetto d'accidentali cause reumatiche, il vero è che si risvegliò una subdola infiammazione duodeno-epatica, la quale si mitigò presto mediante un energico metodo antiflogistico positivo e negativo consigliato da un valente Dottore, e sarebbe stata del tutto vinta senza il concorso d'un altro Dottore, partigiano della dottrina di Brown, per consiglio del quale è stata sospesa la cura antiflogistica. Frattanto mentre i due Pratici stavano aspettando inoperosi o quasi inoperosi la totale risoluzione del male, si manifestò in via di consenso un'infiammazione grave anzi che no nei ligamenti dell'articolazione femoro-tibiale destra con grande sollievo della flogosi *entroaddominale*. Nuove divergenze di opinione essendo insorte fra i due Pratici intorno al metodo

curativo da adottarsi contro a questo impensato accidente, si sopracchiamò una terza persona dell'Arte, la quale, prendendo norma dall'abito cachetico dell'ammalato, fu di parere doversi sbandire il metodo antiflogistico positivo, e consigliò cataplasmi mollitivi sulla parte affetta, la dieta, alcuni blandi purganti e più tardi la salsapariglia. Intanto l'infiammazione dell'articolazione, non frenata, oltrepassò i confini di questa, e, diffusasi al tessuto celluloso della parte inferiore della regione poplitea e della superiore della regione posteriore della gamba, vi generò un vasto ascesso tra i muscoli profondi di quelle regioni. In tale stato di cose avendo io veduto per la prima volta l'ammalato, quaranta giorni circa dal principio della malattia, lo rinvenni agitato da gagliarda febbre di suppurazione colle regioni del poplite e del polpaccio dure, assai tumide ed affette da risipola edematosa con senso d'oscuro ondeggiamento verso la parte media della gamba accanto all'angolo interno della tibia, e verso l'angolo posteriore del peroneo vicino all'estremità superiore. Il piede era assai edematoso ed il ginocchio duro, tumido e dolente. Chiara appariva l'esistenza d'una grande raccolta di pus sotto la lamina profonda dell'aponeurosi della gamba, cioè di quella lamina che, continua da una parte coll'aponeurosi del muscolo popliteo, s'inserisce verso la parte esterna al margine posteriore del peroneo, e verso la parte interna al margine interno della tibia. Era pure cosa chiara che il pus, frenato dall'aponeurosi, si era fatto strada verso i luoghi delle naturali inserzioni di questa, dove, poche essendo le parti molli, dava segni di sè. L'indicazione la più urgente essendo quella di dare esito al pus, s'eseguì subito una spaccatura lunga un pollice e mezzo, rasente il margine interno della tibia. Ne uscì una grande quantità di marcia verdiccia e fetente con entro alcune quisquiglie aponeurotiche, e da quell'epoca in poi le cose migliorarono così prontamente che a capo di dieci giorni altro più non istillava dall'incisione se non se un po' di siero, essendo

cessato affatto il dolore e disensiata la parte. Molto diminuita era pure la gonfiezza del ginocchio. In questo mentre l'ammalato commise l'errore di discendere dal letto e fare alcuni passi. E ciò bastò per risvegliare una nuova acutissima flogosi suppurativa nel cavo dell'ascesso, sì che la malattia ritornò nello stato di prima e forse peggiore. In questo ribalzo il pus, rotto l'argine che gli faceva l'inserzione aponeurotica dalla parte del margine posteriore del peroneo, si fece da quella banda strada al di fuori; talchè la materia dell'injezione da quest'apertura scorreva liberamente per la regione del poplite e del polpaccio, ed usciva quindi dalla prima incisione della metà della gamba. Si ebbe ricorso ai cataplasmi mollitivi, alle injezioni della stessa natura, alla dieta dolcificante, alle bevande diluenti e si consigliò l'immobilità della parte. Trascorsero di poi venti giorni senza ch'io abbia riveduto l'ammalato. Avendo quindi surrogato il Curante, io rinvenni l'arto affetto indolente, freddiccio ed edematoso; le ulcere stillanti un umore tenue e scolorato; il ginocchio molto meno tumido, ma ancora dolorosetto, e nel resto *normali* tutte le funzioni. Si erano fin qui continuati i cataplasmi mollitivi. L'edema del membro affetto, la sua indolenza, la natura della secrezione morbosa, tutto in somma rappresentando l'atonia ed il rilassamento, io consigliai l'uso di cataplasmi fortificanti col vino, quindi fomenti vinosi tiepidi ed un vitto ristorante. Con questi mezzi si ottenne una prontissima guarigione delle vaste ulcere sinuose e fistolose, talchè venti giorni dopo l'ammalato munito d'una fasciatura *espulsiva* fu nel caso di recarsi alle Terme d'Acqui per riparare alla semi-ankilosi superstite alla lunga flogosi dei ligamenti del ginocchio.

N.° III.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal sig. MELINO
Allievo del 5.° anno
(ora Dottore in Chirurgia).

Addì 24 di maggio dell'anno 1831 fu ricoverato nel Ven.da Spedale Maggiore di S. Gio. Battista e collocato in un letto straordinario della Clinica operativa, Moriondo Giuseppe, in età d'anni 12, fornito di temperamento bilioso e di buona costituzione, per esservi curato d'un'ulcera fistolosa alla coscia sinistra avente due aperture callose, una delle quali al lato esterno tra il femore ed il tendine del bicipite verso il principio del condilo esterno, e l'altra al lato interno tra esso femore ed i tendini riuniti del sartorio, retto interno, semimembranoso e semitendineo verso il principio del condilo interno. Lo specillo introdotto in queste aperture scorreva liberamente dall'una all'altra parte della coscia, urtando nel passaggio la superficie posteriore del femore, per un lungo tratto scoperta e cariosa. Uscivane una gran quantità di marcia tenue, giallo-verdiccia e fetente. Circolarmente inspessato era il periostio dell'estremità inferiore del femore per l'estensione di due pollici e mezzo. Il ginocchio si offriva tumido, doloroso, e la gamba assai rattratta ed alquanto più piccola del naturale. Da un'esatta relazione fatta dal Pratico che lo aveva curato si ricavò « che un anno prima egli era stato assalito, in seguito ad una violenta causa reumatica, da forte flogosi dei ligamenti del ginocchio, la quale si era diffusa al periostio dell'estremità inferiore del femore, e, per mezzo del periostio, al tessuto celluloso circondante, e che dopo ciò si manifestò un vasto

ascesso nella parte più bassa della regione posteriore della coscia, il quale scoppiò spontaneamente nel lato esterno della medesima e fu artificialmente aperto nel lato interno ». Il calore, il dolore e la tumidezza del ginocchio e della parte inferiore della coscia indicavano che coesisteva tuttora una lenta flogosi alquanto esacerbata dal viaggio: quindi si prese il partito di sedarla con cataplasmi mollitivi, colla dieta, col riposo e colle bevande diluenti, aggiuntivi all'uopo alcuni serviziali semplici e blandi eccoprotici. Nello spazio di quindici giorni dall'uso di questi mezzi si calmò la flogosi, diminuirono assai il morboso gonfiamento e calore della parte e la gamba attratta principiò a distendersi. Allora si fece passare un setone per l'ulcera fistolosa dall'una all'altra parte della coscia affine di ravvivare o cangiare lo stato organico-vitale dell'osso carioso e favorire l'espulsione d'alcuni frammenti ossei già distaccati dall'osso principale. Ma, insorta dopo dieci giorni nella parte affetta una risipola consensuale d'irritazione gastrica, si dovette estrarre il setone e lasciare in sua vece nell'ulcera un semplice filo. Combattuta intanto nel giro d'otto giorni la risipola col metodo antiflogistico positivo e negativo, si riapplicò il setone, durante l'uso del quale, continuato per lo spazio di un mese, uscirono alcuni minuzzoli d'osso insieme con un pezzo di fettuccia che vi era stata introdotta lungo tempo prima, il pus diventò scarso e di lodevole indole, le aperture fistolose si restrinsero assai coprendosi di cicatrice e la parte ritornò quasi al suo volume naturale. Allora si diminuì insensibilmente il numero dei fili del setone, e poi questo si levò via affatto. Acquistata quindi collo specillo la certezza della guarigione della carie, si fece una semplice pressione sulla parte posteriore inferiore della coscia nella direzione del condotto fistoloso, applicando a un tempo una listina di blando unguento sulle aperture fistolose di cui si ottenne in pochi giorni la totale guarigione, sì che l'ammalato, il quale non poteva nè poco nè punto

reggersi sulla parte affetta, fu in grado di passeggiare senza ajuto di sorta alcuna. Ciò non pertanto, rimanendovi ancora un tal poco di rigidità nei ligamenti dell'articolazione del ginocchio, gli si consigliarono le terme minerali d'Acqui a cui egli si è trasferito verso la metà del mese di luglio del citato anno, ed in virtù delle quali venne pressochè del tutto liberato anche da quest'incomodo.

N.° IV.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal sig. MARCELLINO *Allievo del* 5.° *anno* (*ora Dottore in Chirurgia*).

Gioanni Versino di Leiny, d'anni 53, contadino, robusto, dotato di temperamento bilioso, fu ricoverato nella Clinica operativa addì 13 di giugno 1828 a cagione d'un'ulcera fistolosa, stretta, cinta di carni escrescenti e collocata nel centro d'una linea tirata dall'ano alla tuberosità ischiatica sinistra; la quale ulcera metteva capo in un cavo sottocutaneo molto esteso. Livida era la pelle coprente questo cavo di cui le pareti erano assai spesse e durette e dolorose al tatto. Stillava dall'apertura un umore icoroso e fetente. La parte affetta era circoscritta internamente e superiormente dall'ano, s'estendeva inferiormente due pollici sotto la piegatura della natica e giungeva esternamente fino alla tuberosità ischiatica. L'ammalato raccontò « ch'egli era da un anno circa travagliato da questa malattia la quale era comparsa dopo un raffreddamento del corpo, sotto forma di gravissima e dolorosissima infiammazione; che questa fu seguita da

ascesso il quale scoppiò da sè; che d'allora in poi, tra per la necessità di lavorare e tra per la naturale sua indolenza, avendola egli sempre negletta, l'apertura morbosa non ne guarì mai, e che attualmente le cose erano ridotte a tal segno che, viaggiando, faticando o non facendo un'esatta scelta d'alimenti dolcificanti, egli provava dolori tormentosissimi ».
Non essendovi alcuna complicazione generale nè locale, la prima indicazione che si offriva era di spaccare il cavo fistoloso e metterlo onninamente allo scoperto: la quale cosa fu eseguita, mediante un taglio in croce, due giorni dopo la sua accettazione, previa però l'applicazione d'alcuni cataplasmi mollitivi sulla sede del male. Fatta l'incisione si riconobbe che grande era stata la distruzione del tessuto celluloso, soprattutto dalla parte dell'intestino retto, il quale non era però scoperto; che le pareti del cavo morboso erano lardacee, e che questo cavo, in gran parte coperto da una membrana accidentale, era in alcuni punti ulcerato ed in altri fungoso. Dopo la spaccatura i margini della ferita si sono assottigliati ed il cavo morboso si è in breve tempo deterso ed incarnato. Non per questo si potè mai ottenere che quei lembi, rattratti e pallidi, aderissero al fondo del detto cavo, avvegnachè fossero stati replicatamente messi in pratica rimedj eccitanti, cateretici e di altra natura. Quindi è che, dopo venti giorni dalla prima spaccatura, si eseguì colle forbici la totale recisione dei medesimi. Da quel punto, medicata la parte con un semplice unguento e più tardi colle sole filaccica asciutte, rapida fu la guarigione, talchè il Versino appieno ristabilito fu in grado di rimpatriare verso la fine del mese di luglio.

N.° V.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal sig. Tamagno
Allievo del 5.° *anno*
(*ora Dottore in Chirurgia*).

Rosa Merlo, d'anni 46, contadina vegeta e robusta, assai muscolosa, ancora mestruata e dotata di temperamento sanguigno, fu ricoverata nella Clinica operativa addì 10 di agosto 1829 per esservi curata d'un'ulcera fistolosa avente sede intorno al gran trocantere sinistro, e superstite ad un flemmone suppurato a cui ella era andata soggetta dieci anni prima. In così lungo intervallo di tempo stillò sempre dall'ulcera materia purulenta in maggiore o minore copia, salvochè una o due volte nell'anno essa si chiudeva spontaneamente e dava luogo a gravi dolori locali i quali non s'ammortivano (solita cosa) fuorchè al suo riaprirsi. L'ulcera aveva sede nella parte anteriore ed inferiore del gran trocantere a un pollice di distanza dal medesimo, di dove si dirigeva in alto sotto l'aponeurosi *fascia lata* sino alla parte superiore del detto trocantere, come indicavano la tumidezza dei tessuti che formavano la parete esterna del condotto fistoloso, le injezioni e lo specillo. Nè questo era il termine del condotto fistoloso, giacchè se, dopo che esso era stato bene vuotato, si comprimevano i tessuti della parte posteriore del gran trocantere, tornava quello ad empiersi di pus. Non era però cosa possibile di determinare al giusto quale fosse la sua direzione nella parte posteriore del gran trocantere, perchè per una parte esso vi scorreva molto profondo, e per l'altra i tessuti vi erano uniformemente tumidi ed inzuppati non solo presso il gran trocantere, ma anche più in giù verso il principio della

coscia. Per ogni modo, acquistata la certezza che un vano morboso esisteva tutt'intorno al trocantere, e riconosciuta la direzione d'una parte di questo vano, si pensò al modo di liberarne l'ammalata la quale, tuttochè sana nel resto, era condannata all'immobilità quasi assoluta ed a gravi tribolazioni.

Non si potevano sperare utili risultamenti dalle injezioni contro ad una fistola così inveterata e di cui il fondo era nel luogo il più declive. In quanto alla compressione, essa era già stata negli anni antecedenti sperimentata con niun vantaggio da alcune persone dell'Arte. Il migliore partito essendo dunque quello di ricorrere all'incisione, il giorno 15 di detto mese si spaccò tutta la porzione del condotto fistoloso posta davanti al trocantere. Fatta l'incisione si scoperse verso il suo angolo inferiore un vano tutt'intorno alla parte inferiore del gran trocantere, e questo fu pure spaccato. Si scoperse altresì, verso l'angolo superiore della medesima incisione, la continuazione del condotto morboso il quale, dato il giro intorno alla parte superiore del gran trocantere, si dirigeva verso la sua parte posteriore; ma se ne dovette differire la spaccatura, perchè l'ammalata fu assalita da un grave stato spasmodico. L'incisione riuscì lunga quattro pollici circa. Il trocantere non era scoperto, ma molto ingrossati si offrivano i tessuti circostanti. La febbre traumatica, insorta venti ore dopo, fu leggera e durò soltanto un giorno e mezzo. Nel termine di venti giorni i margini dell'incisione si assottigliarono e si approssimarono, incarnandosi ed avviandosi a cicatrice. Allora si pensò a mettere allo scoperto l'altra porzione del condotto fistoloso. A quest'effetto s'introdusse addì 10 di settembre una tenta solcata nell'angolo superiore dell'incisione, e, fattala discendere dietro il trocantere, si eseguì colla sua guida una controapertura tale da capire il dito indice col quale si scoperse un ampio cavo che si spaccò col suo ajuto in una direzione parallela alla

detta parte posteriore del gran trocantere, sì che rimaneva appena la distanza di otto o dieci linee tra l'angolo inferiore dell'incisione anteriore già tendente a cicatrice e l'angolo inferiore della recente controapertura posteriore. Lo spazio vuoto in quella guisa messo allo scoperto aveva due anfratti di cui uno discendeva tra l'aponeurosi e l'origine del muscolo vasto esterno ed era lungo un pollice e mezzo circa, e questo fu pure spaccato: l'altro anfratto si estendeva, a guisa d'imbuto, direttamente contro alla parte posteriore della base del gran trocantere, la quale si toccava però collo specillo ancora coperta del periostio. In grazia del morboso ingrossamento dei tessuti questa controapertura riuscì profonda un pollice e mezzo circa. Ciò non ostante leggera fu la febbre traumatica. Da quel momento in poi le cose progredirono sempre di bene in meglio, così che, ritornate all'arto affetto l'agilità e le forze naturali, l'ammalata potè rimpatriare verso la metà di novembre, rimanendole soltanto un piccolo condotto fistoloso retto nella parte posteriore del trocantere, da cui stillavano due o tre gocce di siero nel giorno; il quale condotto si chiuse di per sè dopo uscita l'ammalata dallo spedale. Le secondarie indicazioni curative furono sempre dirette: 1.° a calmare la flogosi locale, consecutiva alle incisioni, colle medicazioni semplici fatte con filaccica inzuppate nell'acqua tiepida, coprendo di poi la parte con un cataplasma mollitivo: 2.° ad ammansire le reazioni febbrili traumatiche colla dieta tenue, colle bevande diluenti, coi serviziali, ecc.: 3.° a favorire, vinte la flogosi e la febbre, lo sviluppo dei bottoncini carnosi e la cicatrice con un vitto alquanto ristorante.

N.° VI.

Osservazione compilata e scritta dal sig. Borriglione *Allievo del 5.° anno (ora Dottore in Chirurgia).*

Costanzo R., d'anni 30, nativo di Milano ed abitante in questa Città, di temperamento linfatico, pallido ed esile della persona, dotato di molta mobilità nervosa e disposto, a cagione della viziosa forma del suo petto, alle malattie *entropettorali* di lungo corso, fu ricoverato addì 14 di maggio 1831 nella Clinica Operativa. Egli fu nell'anno 1827 affetto da ulcere sifilitiche locali da cui guarì mercè le unzioni mercuriali fatte in numero sufficiente. Nel mese d'agosto dell'anno 1830 egli fu, in seguito a grave causa reumatica, assalito da una violenta infiammazione dell'articolazione coxo-iliaca sinistra, caratterizzata da gonfiezza e dolore nelle parti circostanti all'articolazione, il quale dolore si rendeva più acuto ogni volta che si faceva una pressione nella parte anteriore dell'articolazione o sul grande trocantere in modo da spingere il capo dell'osso contro alla cavità cotiloidea. Essa flogosi era pure accompagnata da dolore consensuale nel ginocchio, dall'immobilità del membro affetto, da febbre gagliarda, ecc. Negletta da principio, anzi inasprita la malattia coll'incauta applicazione di rimedj irritanti, essa gettò profonde radici, ed è in questo stato di cose che l'ammalato, dopo nove mesi passati tra vicende di male e peggio, fu ricoverato nella clinica Operativa. L'attuale sua condizione era la seguente: macilenza grande; pallidezza estrema della pelle; intumescenza delle palpebre, delle guance e dei piedi; sguardo languente; abituale mobilità morbosa del polso; lenta febbre vespertina con ingruenza a freddo, la quale

declinava nella mattina con sudore parziale del petto e del collo; diarrea che durava già da venti giorni ed era accompagnata da dolori vaghi nel ventre, sete, lingua rossa, inappetenza, massima difficoltà della digestione, tumidezza dell'addomine, ecc.; risipola edematosa di tutto l'arto affetto; gonfiezza molto dolorosa delle parti circondanti l'articolazione coxo-iliaca; il trocantere sportato in fuori lo spesso di due dita più del naturale, e nel tempo stesso assai doloroso al tatto e tumido per l'inspessamento dei tessuti fibrosi che lo circondano; il piede rivolto in fuori; immobilità assoluta; dolore crucciante ad un leggero movimento, ad una, benchè blanda, pressione fatta sul trocantere, ecc.; un piccolo foro sinuoso nella parte anteriore ed alquanto esterna della coscia, un po' più avanti del trocantere, da cui usciva molto pus fetente, verdiccio ed assai liquido. Da questi sintomi si poteva facilmente arguire che erano infiammati i tessuti *entroarticolari* ed il ligamento capsulare; che avevano compartecipato dell'infiammazione e il periostio della parte superiore del femore, spezialmente della regione del trocantere, e il tessuto celluloso circondante l'articolazione; che la flogosi di quest'ultimo aveva fatto passo alla suppurazione; che in fine coesisteva una flogosi secondaria delle vie digerenti, segnatamente dei grossi intestini. Rimaneva però cosa incerta se la materia dell'ascesso si fosse formata fuori della cavità dell'articolazione, oppure dentro di questa, di dove, ulcerato il ligamento capsulare, si fosse fatta una strada alla parte superiore della coscia; nè era cosa prudente in tanto orgasmo dei tessuti lesi l'accertarsene colla tenta. La prima e più essenziale indicazione era di vincere la flogosi articolare e quella delle vie digerenti (salasso di libbra dal braccio: dieta rigorosa: latte di mandorle dolci per bevanda: mistura composta d'acqua di lattuga, acqua coobata di lauro ceraso e siroppo d'altea: serviziali di decozione di malva e latte di mandorle amare: cataplasma mollitivo sul ventre: un altro cataplasma

della stessa natura sull'articolazione affetta). Il sangue estratto era assai cotennoso. Con questi mezzi in dieci giorni cessò la diarrea e la febbre : diminuì assai l'infiammazione locale ; diminuì altresì la copia del pus e questo acquistò migliori caratteri.

Laonde, sospesi i cataplasmi con cui si copriva l'addomine e sospesa pure l'acqua coobata di lauro ceraso, si applicarono trenta mignatte tutt'intorno all'articolazione affetta nello scopo di attenuarne di più in più la condizione flogistica , e si continuarono la dieta, però meno rigorosa, i serviziali ed i cataplasmi emollienti sulla parte affetta. In tale guisa l'ammalato entrò in dieci giorni in uno stato di perfetta calma, la materia dello spurgamento diminuì assai, diventando tenue e serosa, e l'arto affetto cominciò ad eseguire senza dolore alcuni piccoli movimenti. Siffatto miglioramento e la mancanza di sinovia nella materia dello spurgo indussero a credere che illesa fosse la capsula articolare, e s'acquistò di ciò la certezza collo specillo il quale s'arrestò contro alla medesima, passando in direzione obbliqua dalla parte inferiore e posteriore alla superiore ed anteriore, da prima accanto al margine posteriore del muscolo fascia lata e poi più profondamente allato del margine esterno della porzione tendinosa curva appartenente al muscolo retto anteriore, e dirigendosi verso l'origine di questa porzione. La lunghezza del condotto morboso era di quattro pollici circa.

Vinto nell'anzidetto modo lo stato flogistico acuto dell'articolazione e rimanendovi ancora lo stato flogistico cronico con notevole inspessamento dei tessuti circostanti, con ingrossamento del trocantere, ecc. si ebbe ricorso a due caustici potenziali (potassa caustica), applicati uno dietro il gran trocantere e l'altro nel bel centro d'una linea tirata dal medesimo trocantere alla cresta anteriore e superiore dell'ileon. Così utile fu l'azione di questo mezzo che in trenta giorni scomparve la tumidezza del trocantere, que-

sto s'abbassò, il membro riacquistò insieme colla sua naturale lunghezza una gran parte dei movimenti perduti, l'articolazione ritornò alla sua forma naturale ed il gemizio dell'ulcera fu ridotto, tra giorno e notte, a poche gocce d'umore come seroso. Mentre ogni cosa faceva sperare un buon esito, l'ammalato, avendo abusato d'alimenti di cattiva natura che si procurò di soppiatto, fu sorpreso da grave irritazione gastro-enterica con febbre gagliardissima, con rinnovazione della diarrea, ecc.

Quattro salassi di libbra in un colla dieta rigorosa, colle bevande mucilaginose, coi fomenti mollitivi sull'addomine e simili, bastarono per sedare in dieci giorni l'accidentale turbazione delle vie digerenti. Ma intanto l'articolazione affetta avendo comparticipato di questo sconcerto, diventò di nuovo dolorosa e tumida, il seno si rinfiammò stillando materie in tanta copia che, il suo orifizio già assai ristretto non bastando più pel loro libero scolo, convenne dilatarlo col taglio per la lunghezza d'un pollice circa. In seguito al taglio la parte affetta si disinfiammò, e migliorò assai lo spurgo tanto nella quantità quanto nella qualità. Ciò non ostante non osservandosi nel seno, dopo venti e più giorni d'aspettazione, alcuna tendenza a chiudersi, ed essendo cosa pericolosa il ricorrere alle injezioni eccitanti, alla contro-apertura o alla totale incisione, in grazia della sua lunghezza, della grande spessezza delle pareti e della posizione del suo fondo contro alla capsula articolare, si prese il partito di ravvivarlo coll'applicare un terzo caustico potenziale sul luogo corrispondente al fondo, in modo però che la sua azione non si estendesse oltre alla cute ed al tessuto celluloso sottocutaneo. Così efficace fu l'azione di questo caustico che, chiusosi in quindici giorni il seno, l'ammalato fu in grado d'alzarsi e passeggiare senza alcun sostegno ed uscire dallo Spedale addì 17 di settembre del detto anno, nient'altro più rimanendogli della grave malattia sofferta, fuorchè un po' di rigidità articolare che gli rendeva alquanto

stentata l'andatura, la quale rigidità è poi scomparsa quasi del tutto, come avemmo occasione di convincercene esaminando di nuovo l'ammalato un mese e mezzo dopo la sua uscita dallo Spedale.

N.° VII.

Prat. partic.

Nel mese di marzo dell'anno 1830 fui chiamato a visitare la signora B., d'anni 32, di temperamento flemmatico, in origine vegeta e robusta, regolarmente mestruata e madre di numerosa e sana prole. Ella mi raccontò « che sei anni prima fu attaccata, in occasione d'un puerperio, da forte infiammazione nella parte anteriore ed inferiore del collo per cui poco mancò che non restasse soffocata: che dopo quaranta giorni di malattia, in cui si mise in pratica un energico metodo antiflogistico, quest'infiammazione terminò in ascesso il quale scoppiò in due luoghi distinti: che d'allora in poi, se succedeva che quelle aperture si chiudessero, la sua vita era ridotta all'ultima estremità, la quale cosa le era accaduta due o tre volte per anno: che a nulla valsero mai ad alleviare la misera sua condizione nè i molti rimedj che le furono suggeriti dall'Arte e continuati con molta perseveranza (acqua di S. Genisio, idrargiro esternamente ed internamente, jodio, china, salsapariglia, ecc.), nè i rimedj empirici (il purgante del Leroy, cento empiastri, ecc.): che attualmente, in occasione d'un nuovo puerperio, ella era da venti giorni ridotta a soffrire quanto si può umanamente comportare senza morire, e ciò sempre per la solita affezione a cui si era aggiunta per la prima volta da venti giorni una gonfiezza sul petto ». Nel mio esame io la ravvisai nella seguente condizione di cose: febbre gagliarda:

volto pallido, tumidetto ed esprimente il massimo dolore: copioso sudore sintomatico di tutta la persona: tosse secca e continua: respirazione affannosissima: dolore acuto che dalla parte inferiore ed anteriore del collo s'estendeva ai precordj: grande vibrazione precordiale: veglia continua: stitichezza: sete inestinguibile: collo nella parte anteriore ed inferiore uniformemente tumido e teso: ascesso occupante tutto il terzo medio della regione sternale. Esistevano di più nella parte inferiore ed anteriore del collo due piccole aperture fistolose, coperte di cicatrice e situate tre linee sopra l'incavatura dello sterno, una a destra e l'altra a sinistra, la prima distante quattro linee dal lato interno della porzione sternale del muscolo sterno-cleido-mastoideo, e l'altra rasente la porzione sternale sinistra del medesimo muscolo. Io soddisfeci subito all'indicazione la più urgente coll'aprire l'ascesso situato nella parte media della regione sternale, da cui uscì materia assai fetente, gialliccia e sproporzionata alla capacità del detto ascesso. M'accorsi, col dito introdotto nella spaccatura, che una parte di questa materia scaturiva da un foro dello sterno, il quale comunicava colla cavità del petto. Era quindi cosa evidente che il lavorio purulento aveva avuto luogo nel tessuto celluloso che empie lo spazio triangolare il quale risulta dall'aderenza d'ambe le pleure alla superficie posteriore dello sterno, e ciò in conseguenza della flogosi propagata dalla parte anteriore ed inferiore del collo. Era pure cosa evidente che da sì fatto lavorio dipendevano i fenomeni della grave lesione *entropettorale* a cui l'ammalata era da lungo tempo soggetta in un modo ricorrente.

Renduto nell'anzidetto modo libero lo scolo del pus, il collo disenfiò e cessarono la febbre e tutti i sintomi di lesione *entropettorale*, sì che l'ammalata potè dopo dodici giorni alzarsi dal letto, continuando a stillare pus, però in minore quantità, dalla fatta apertura che si aveva cura di mantenere aperta coll'introdurvi addentro poche filaccica

inzuppate nell'acqua tiepida. Siccome poi non si sarebbe
potuto ottenere una guarigione radicale senza riconoscere e
medicare il male nella sua sorgente, così, conceduti alcuni
giorni al risarcimento delle forze, io m'accinsi ad esplorare
le due aperture fistolóse del collo con uno specillo curvo.
Da quest'esplorazione risultò che i due condotti fistolosi, di
cui le estremità esterne erano distanti lo spesso di tre dita,
avevano un fondo comune contro alla trachea; e, a
mano a mano ch'essi s'internavano, s'accostavano a vicenda
scorrendo alquanto obbliquamente dall'alto al basso. Il con-
dotto fistoloso del lato destro era però meno obbliquo che
quello del lato sinistro. Il tramezzo carnoso che li sepa-
rava, rappresentava un triangolo colla base verso l'incava-
tura dello sterno e coll'apice rivolto alla trachea. La lun-
ghezza di questo tramezzo era d'un pollice e mezzo circa,
a giudicarne dalla profondità a cui s'incontravano due spe-
cilli introdotti nel tempo stesso nei condotti fistolosi cioè
uno nel destro e l'altro nel sinistro. Collo specillo si tocca-
vano nel fondo fistoloso alcuni minuzzoli d'osso sciolti da
ogni aderenza. In questo stato di cose le indicazioni cura-
tive che s'offrivano, erano di dilatare nno o ambi i con-
dotti fistolosi, e quindi d'estrarre le squamme ossee e me-
dicare il fondo fistoloso. Una volta che fossero compite
queste indicazioni vi era luogo a sperare un esito favore-
vola, giacchè la malattia era mantenuta da sola causa lo-
cale senza alcuna affezione costituzionale. Riunendo i due
condotti fistolosi mediante il taglio del tramezzo che li se-
parava, si sarebbe certamente ottenuta un'immediata ed am-
pia comunicazione col fondo fistoloso, ma quanto piena di
pericoli fosse una tale pratica non vale il dirlo a chi cono-
sce la moltiplicità e l'importanza dei tessuti che si sareb-
bero dovuti tagliare. Laonde io stimai essere migliore par-
tito il dilatare col taglio l'estremità esterna e colla spugna
secca il tragetto del condotto fistoloso destro, come quello
che era meno obbliquo. La spugna generò alcuni risalti

flogistici locali, seguiti talvolta da gagliarda febbre, i quali si calmarono però sempre in due o tre giorni col sospenderne l'uso, colla dieta rigorosa, coi cataplasmi mollitivi e simili. Due volte la sua estrazione fu pure seguita da cotanto impetuosi e spaventevoli sbocchi di sangue nero, da far temere fosse accaduto il crepaccio d'uno dei grossi tronchi venosi che scorrono profondamente in quella regione: ma una momentanea pressione bastò in ambi i casi a ristagnare il sangue. Frattanto si ottenne una così notabile dilatazione del condotto fistoloso che mi fu cosa facile di introdurvi dentro fino nel suo fondo il dito indice col quale riconobbi che vi erano in esso fondo molte schegge ossee distaccatesi dalla superficie interna dello sterno: che il cavo fistoloso era circoscritto posteriormente dalla trachea di cui due anelli cartilaginosi erano scoperti; lateralmente e a destra dai muscoli sterno-joideo e sterno-tiroideo e dalla carotide di cui la pulsazione era sensibilissima; verso il lato sinistro dai muscoli omonimi; anteriormente dallo sterno il quale era in più luoghi scabro; inferiormente dalla vena subclavia destra: che tutto il cavo morboso, ad eccettuazione della sua parete anteriore, era rivestito di una membrana soffice ed in alcuni luoghi fungosa: che quel cavo, oltre d'estendersi all'in giù dietro lo sterno fino al foro fistoloso della sua parte media, si prolungava pure in molti meandri laterali e posteriori di cui alcuni capivano l'apice del dito esploratore: che non v'era traccia del timo in cui il morbo aveva probabilmente avuto la prima sua sede: ecc. Di tutto ciò fattomi certo, introdussi nel cavo morboso le mollette curve e ne estrassi senza grande difficoltà sei schegge ossee, di forma molto irregolare, qua e là tarlate, di cui la maggiore era larga sei linee e lunga dieci. Ciò fatto, si mantenne il condotto fistoloso dilatato fino a tanto che il fondo non fosse chiuso; la quale cosa si ottenne, senza compiere alcuna particolare indicazione, in meno di quindici giorni: quindi si procurò pure

la chiusura d'esso condotto, diminuendo tutti i giorni il volume della tasta che vi s'introduceva dentro, e poi levandola affatto. L'ulcera della parte media dello sterno, quantunque più restia, cicatrizzò altresì a capo d'un mese, previa l'uscita d'alcune minutissime schegge ossee distaccatesi spontaneamente e sotto una semplicissima medicazione, dall'orlo del foro fistoloso della parte media dello sterno. Da allora (mese di luglio dell'anno 1830) in poi l'ammalata nulla più ebbe a soffrire, godette anzi sempre una prospera salute. Molto contribuì a questo felice successo l'opera del Dott. Borgetti, allora Allievo del quinto anno, al quale erano affidate le giornaliere medicazioni.

N.° VIII.

Prat. partic.

Il sig. B., Capitano nelle armate francesi al tempo dell'Imperio, d'anni 40 circa, dotato d'una fortissima costituzione, rilevò nell'anno 1813 una ferita da un colpo di lancia verso il lato esterno della palpebra superiore sinistra, rasente il margine orbitale. La direzione della ferita era dal basso all'alto. Il tarso ne rimase illeso. Fu superstite a questa ferita, di cui l'ammalato guarì, strada facendo, un forellino fistoloso dal quale per lo spazio di sei anni sgocciolarono tratto tratto poche lagrime che, a guisa di rugiada, ne inumidivano un tal poco i dintorni. Il gemizio era maggiore nella calda stagione ed in seguito ai lauti pranzi. Un piccolissimo specillo per esso forellino introdotto si dirigeva verso la ghiandola lagrimale senza però arrivarvi, sì che vi era fondamento a credere che le lagrime stravasassero da alcuni de' suoi canaletti escretorii. Di quando in quando il forellino si chiudeva ed allora s'intumidivano alquanto i suoi

dintorni e rimanevano coperti da una piccola zona risipelatosa, ma tutto ciò spariva ben presto al riaprirsi della fistoletta. Finalmente uno di questi risalti flogistici, alquanto più forte dei precedenti e cagionato dall'abuso delle sostanze spiritose, fu seguito dalla totale guarigione, in quel tempo appunto in cui io pensava al modo di liberare il sig. B. da sì fatto incomodo.

N.° IX.

Prat. partic.

Nell'anno 1827 fui richiesto di dare il mio parere intorno ad un incomodo a cui era soggetto il figlio del sig. C. R. Mi si raccontò « che un anno prima, attendendo egli a giocolini infantili in villeggiatura, si conficcò inavvertentemente la punta d'una vergolina secca e scheggiata verso il lato esterno della palpebra superiore sinistra, tra essa ed il bulbo dell'occhio: che ne uscirono nel momento alcune gocce di sangue, ed ebbe a un tempo luogo un po' d'echimosi della palpebra: che d'allora in poi l'occhio era non solamente cisposo e più lagrimoso del solito, ma che di quando in quando esso s'infiammava nel suo lato esterno: che in fine si manifestava spesso una gonfiezza circoscritta della palpebra nel luogo pur ora indicato, la quale svaniva di per sè in pochi giorni, succedendovi un maggiore scolo di lagrime ». A questo racconto mi corse spontanea nell'animo l'idea che uno o più canaletti escretorii della ghiandola lagrimale fossero stati lesi, e che, non essendosi chiusi, le lagrime, le quali dovevano per essi fluire sulla congiuntiva, stravasassero in un vano fatto dal tessuto celluloso della palpebra. Rovesciata, onde meglio chiarirmene, la medesima palpebra colle pinzette anatomiche, io vidi nella sua superficie in-

terna una piccola elevatezza avente i caratteri menzionati al § LXX, dal centro della quale, premendo esternamente la palpebra, uscivano lagrime mischiate con alcuni fiocchetti mucosi. Spariva nello stesso tempo in gran parte la gonfiezza esterna. Questa prova più volte ripetuta nei giorni successivi diede sempre il medesimo risultamento. Mi parve quindi che non dovesse più rimanere alcun dubbio intorno alla diagnosi per me ideata al semplice racconto delle cause e dell'andamento di quest'incomodo. La più essenziale indicazione che in tale stato di cose s'offriva, era di eccitare una flogosi adesiva capace di chiudere la morbosa cavità. È stata indicata al § LXXI la pratica a cui io ebbi con felice successo ricorso onde ottenere quest'intento.

N.° X.

Prat. partic.

Nell'anno 1828 io ebbi a curare il sig. Avvocato T., d'anni 56, affetto da cronica malattia della vescica delle orine. Egli mi narrò « che, oltre a molti altri incomodi, egli andava pure da otto anni soggetto ad un po' di lagrimazione dall'occhio destro, in conseguenza dell'estirpazione (praticata in una cospicua città d'oltramonte) d'un tumoretto cistico situato nella parte interna della palpebra inferiore destra, vicino al grande angolo dell'occhio. Esaminata la palpebra affetta, io incontrai sul corso del condotto I. dalla parte della congiuntiva palpebrale un piccolo foro fistoloso da cui uscivano le lagrime assorbite dal punto I., come ne usciva pure un liquore colorato ch'io injettai pel medesimo punto I. Avendo introdotto lo specilletto d'Anel nel condotto affetto, non mi fu possibile di farlo passare oltre alla sede del detto foro fistoloso. Le lagrime assorbite dal

punto l. uscivano dal foro fistoloso, e quindi, fatto un piccolo lago nell'angolo interno dell'occhio, cadevano sulla guancia. Del resto l'ammalato intento a cose di maggiore rilievo cioè alla cura della malattia della vescica, lasciò incurato questo incomoduccio.

N.° XI.

Clin. Operat.

Nell'anno 1823 si presentò al venerando Spedale maggiore di S. Gio. Battista un tale Giovanni Antonio Broglia, di Mortigliengo (Provincia di Biella) per chiedere consiglio intorno ad uno stillicidio di lagrime che gli era rimaso dopo una ferita della palpebra inferiore destra, fatta da un pezzo di vetro. Esaminata la parte, s'incontrò un forellino fistoloso nella faccia esterna del margine libero della detta palpebra ben vicino all'angolo interno, dal quale forellino uscivano lagrime.

Introdotto il piccolo specillo d'Anel nel punto l. e nel foro fistoloso, non fu cosa possibile di farlo penetrare nel sacco l.; la quale cosa era un evidente indizio che la porzione del condotto posta tra il foro fistoloso ed il sacco era stata per qualche tratto chiusa dalla cicatrice. Il Broglia non volle assoggettarsi ad alcuna cura.

N.° XII.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal citato sig. Dottore Borriglione.

Addì 25 del mese d'agosto dell'anno 1831 fu ricoverato, nella Clinica operativa diretta dal Profess. Riberi, il nominato Roja, di Chiabaglio, muratore, d'anni 27, dotato d'un temperamento nerveo-sanguigno e d'una costituzione molto dilicata. Nell'età d'anni 18 egli rilevò, in seguito a grave caduta, la frattura delle ossa del naso e dell'apofisi verticale dell'osso mascellare dal lato destro, in conseguenza della quale fu assai depressa la radice del naso e l'osso nasale destro rimase alquanto sportato, in modo di piano inclinato, verso l'angolo interno dell'occhio corrispondente, soprapponendosi a un tempo lo spesso di due linee sull'apofisi verticale eziandio depressa con notevole schiacciamento del canale n. Da quel tempo le lagrime cominciarono a riboccare dai punti l., prima pure e poi mischiate con muco, e tre anni dopo s'aggiunse la dilatazione del sacco o il tumore l. con totale siccità della narice corrispondente. Il tumore l., dopo varie vicende d'aumento e di diminuzione, di calma e d'irritazione, s'infiammò in fine gravemente verso la metà del mese di luglio dell'anno sopra detto e s'aperse nella sua parte superiore. L'infiammazione fu così grave, così lunga e così diffusa alle parti vicine che, quando l'ammalato fu ricoverato nella Clinica, continuava ancora, insieme con una grande tumidezza delle parti soprapposte al sacco, una forte blefaro-ottalmitide con notabile lagrimazione e cisposità, intolleranza della luce, febbre, cefalea, sete, cute secca, temperatura morbosa, ecc. (dieta rigorosa: decubito in un luogo oscuro: cataplasma molli-

tivo sulla sede del male: bevande diluenti: salasso di libbra da un braccio). Il secondo giorno dall'accettazione minore era la reazione morbosa generale e locale. Il sangue estratto si offriva coperto d'una spessa e dura cotenna (ampia spaccatura del sacco per rendere libera l'uscita della materia contenutavi: un secondo salasso di libbra: continuazione degli altri mezzi). Sangue meno cotennoso. Molto migliorata era la condizione dell'ammalato. La superficie interna del sacco si è offerta molle, spugnosa e di un colore rosso-livido, cioè con quell'aspetto a cui alcuni danno, forse troppo leggermente, il nome di degenerazione fungosa. Cogli anzidetti mezzi dietetici e curativi (ad eccettuazione del salasso), continuati per otto giorni, la parte affetta si calmò notabilmente e cessò la morbosa reazione costituzionale. Allora, esplorato collo specillo il sacco l., esso s'incontrò aperto nella sua parete rivolta all'occhio, sì che lo specillo passava liberamente nel tessuto celluloso frapposto tra l'occhio ed il medesimo sacco. Oltracciò grande era la dilatazione di questo dalla parte dell'occhio. Quest'esplorazione riescì piuttosto dolorosa all'ammalato e fu tosto seguita da una leggiera ottalmitide esterna che cessò in tre giorni col solo uso delle sostanze mollitive locali. La grande dilatazione del sacco e la sua crepatura dalla parte dell'occhio sono state probabilmente determinate da ciò che, essendo l'osso nasale del lato affetto sporgente e a un tempo soprapposto all'apofisi verticale dell'osso mascellare, dovette riescire difficile la dilatazione d'esso sacco dalla parte anteriore pel meccanico impedimento che ne risultava dalle viziose pareti ossee. Si pensò intanto ai mezzi di stabilire una via permanente alle lagrime verso le fosse nasali, e, siccome vi era molta probabilità che il canale n. fosse schiacciato a segno che dovesse riuscire cosa impossibile lo sturarlo, così si abbracciò il partito d'aprire una nuova via a traverso dell'unguis, e si preferì a questo scopo la pratica del Nannoni modificata dal Volpi. Se non che si dovette

dopo quattordici giorni abbandonarla tanto per la difficoltà di mantenere dilatato il sacco, quanto per la facilità con cui l'infiammazione destatavi dal caustico si propagava all'occhio a traverso della sopra detta soluzione di continuo della sua parete naturalmente rivolta a quell'organo. Ciò non ostante non andò perduta l'applicazione del caustico per ciò che esso indusse un tale rammollamento nell'ostacolo del canale n. che fu poi cosa possibile di farvi passare addentro uno specillo, la quale cosa, avuto riguardo al grande schiacciamento d'esso canale, non era, come testè si disse, sperabile. Colla guida dello specillo s'introdusse una cannuccia in argento nelle vie naturali e si coperse quindi la ferita con una listina di cerotto adesivo. Ventiquattro ore dopo l'operazione si manifestò una dacryocistitide anzi acuta che no con blefaro-ottalmitide, che i bagnuoli d'acqua saturnina sulla parte, tre salassi generali, la dieta rigorosa e le bevande mucilaginose calmarono nello spazio di otto giorni.

Ma intanto, avvegnachè libero fosse il passaggio d'una porzione delle lagrime per la cannula e queste colassero nelle fosse n. miste con un po' di muco e pus, la regione del sacco l. continuava però ad essere alquanto tumida e dolorosa, e l'incisione non aveva alcuna tendenza a chiudersi, anzi stillava quotidianamente da essa molto umore mucoso-purulento, di colore giallo-scuro. Questo stato di cose era evidentemente dipendente da un lento lavorio flogistico con ispugnosità del sacco, il quale lavorio, essendo libera la discesa delle lagrime nel naso, doveva, secondo ogni probabilità, scomparire a poco a poco col solo uso delle cose mollitive applicate localmente, senzachè si fosse obbligati di spaccare il sacco e farne un'immediata medicazione. Di fatto col solo uso delle poltiglie emollienti diminuì bel bello e poi scomparve affatto a capo di sedici giorni il tumore dell'angolo dell'occhio insieme collo scolo mucoso-purulento dell'incisione, e questa cicatrizzò perfettamente. Malgrado però

queste favorevoli condizioni, non essendo cessato del tutto lo stillicidio delle lagrime, era cosa naturale il sospettare che rimanesse un qualche intoppo nei condotti l. i quali perciò furono sottoposti ad un'esplorazione collo specillo, da cui risultò essere impervio il condotto lagrimale inferiore, credibilmente a cagione della degenerazione spugnosa della sua membrana interna. Acquistata di ciò la certezza, si procurò di dilatare il condotto affetto con tente, da prima piccolissime e poi gradatamente maggiori di volume; e quindi si ebbe ricorso alle injezioni astringenti. In questo modo si venne in quindici giorni a capo di sbarazzare il detto condotto e di fare cessare lo stillicidio delle lagrime, talchè il Roja libero da ogni incomodo fu in grado di rimpatriare verso la fine del mese d'ottobre del detto anno.

N.° XIII.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal sig. Musso *Licenziato in Chirurgia.*

Il giorno 6 del mese d'ottobre dell'anno 1831 fu ricoverata nella Clinica operativa la nominata Giovanna Cravetta, di Pezzina, in età d'anni 35, dotata di temperamento sanguigno e d'un abito di corpo carnoso e robusto, e madre di numerosa prole, per esservi curata da fistola l. dal lato destro. Ella aveva fino dalla nascita alquanto depressa la radice del naso. Dal racconto del suo male risultò ch'ella era da tre anni soggetta allo stillicidio di lagrime e da due al tumore l.: che un anno prima questo si era aperto e poi chiuso di per sè nello spazio di 15 giorni: che da due mesi si era riaperto e non si era più chiuso, e che la malattia delle vie l. era stata prece-

duta da replicati attacchi di corizza e blefaritide, sì che era difficile il pronunziare se l'infiammazione generatrice dell'ostacolo *entrolagrimale* si fosse diffusa alle vie l. anzi dalla pituitaria che dalla congiuntiva palpebrale. Allorchè ella fù ricoverata nello Spedale, piccola era l'apertura del tumore l. e questo era ancora compreso da infiammazione forte anzi che no. Calmata in sei giorni quest'infiammazione colla dieta attenuante, col riposo, coi cataplasmi mollitivi, e coll'amministrazione di due blandi eccoprotici, si sottopose l'ammalata all'operazione secondo la pratica di Dupuytren. Dopo aperto il sacco, si riconobbe collo specillo che l'osso unguis era scoperto ma non carioso, e che l'ostacolo aveva sede intorno all'orifizio superiore del canale n. ed era molto duro, così che si provò qualche difficoltà a fare discendere lo specillo nel detto canale. Crebbe poi talmente la difficoltà nell'introdurre la cannula nel medesimo canale, che quest'atto operativo non si potè compiere senza una qualche violenza. Occorse nell'operazione una circostanza che merita d'essere notata, ed è che l'estremità esterna dello specillo introdotto nelle vie l. stava molto discosta dal sopracciglio. Era ciò dipendente dalla non naturale obbliquità del canale n. verso la parte posteriore: e di vero, la *sonda* piena di Laforest introdotta nel naso imboccò nell'orifizio inferiore del canale n. molto più in dietro dell'ordinario. Dopo l'operazione si manifestò un'infiammazione locale anzi forte che no con febbre. Due salassi, il riposo, la dieta tenue, i bagnuoli saturnini sulla parte operata e simili, ricondussero in sei giorni la precedente calma. Se non che rimase, come nell'ammalato di cui si è parlato nell'antecedente osservazione, una lenta flogosi del sacco l. con rammollamento spugnoso e morbosa secrezione di muco e pus, stillanti dall'incisione tuttora aperta. Questo stato morboso cessò in quindici giorni col solo uso delle sostanze mollitive in un colla dieta dolcificante, col riposo e coi blandi eccoprotici, lasciando dopo di sè un po' di stillicidio di lagrime dipen-

dente da ostacolo spugnoso del condotto l. inferiore, a cui si riparò nello stesso modo e cogli stessi mezzi di cui si è fatto cenno nell'antecedente osservazione. La durata della cura fu di quaranta giorni.

N.° XIV.

Prat. partic.

Nel mese di marzo dell'anno 1831 io ebbi occasione di visitare la giovane signora B., d'Asti, dotata di temperamento nervoso e d'abito di corpo gracilissimo, soggetta dalla nascita ad affezioni erpetiche, da più anni ad accessi spasmodici, e da un anno e mezzo a gastritide lenta ed a frequenti orzajuoli; nella quale signora erasi sei mesi prima lentamente manifestato un tumoretto, grosso quanto un'avellana, nell'angolo interno dell'occhio destro sulla sede del sacco l., e ciò senza precedente affezione delle vie lagrimali. Dal racconto dell'ammalata io ricavai che questo tumoretto, di cui la base era piuttosto larga e si prolungava sul margine orbitale e sull'apofisi verticale dell'osso mascellare di cui il periostio era inspessato, esisteva da principio senza lagrimazione: che questa vi si era aggiunta tre mesi dopo la sua origine cioè quando il suo volume era diventato maggiore: che dopo l'applicazione d'alcune sostanze resinose, esso si era infiammato in un modo alquanto acuto, aveva fatto passo alla suppurazione e si era quindi aperto spontaneamente con uscita di poche gocce di pus: che d'allora in poi il foro morboso era stato, per consiglio d'una persona dell'Arte, mantenuto aperto ora con taste, ora con trocischi di minio, e ciò senza alcun vantaggio, anzi con danno. Dall'origine e dall'andamento della malattia era cosa

facile inferire ch'essa procedeva da causa erpetica e consisteva in una flemmasia lenta con induramento del tessuto celluloso circondante il sacco l.: che questa flogosi si era di poi diffusa da un lato al periostio che copre il margine orbitale e l'apofisi verticale dell'osso mascellare, e dall'altro alle vie l., generandovi difficoltà nel corso delle lagrime: che le sostanze resinose ne avevano favorito la suppurazione: che le taste ed i trocischi di minio avevano contribuito a fomentarla ed avrebbero forse prodotto col tempo il vero stato fistoloso delle vie l., non per anco esistente: che in fine le indicazioni le più evidenti erano di mitigare la condizione erpetica, di vincere la gastritide lenta, e di combattere la flogosi del tumoretto cogli antiflogistici locali e coi rimedj revellenti applicati sopra una parte più o meno lontana. A questo fine si prescrisse: dieta tenue e dolce: il lungo uso d'una decozione di fiori di viole con latte d'asina: l'applicazione di alcune mignatte, anche ripetuta, intorno alla sede del tumore e nella faccia interna della corrispondente ala del naso: i cataplasmi mollitivi sopra esso tumore, lasciando in disparte le taste ed altri corpi irritanti: i bagni tiepidi generali d'acqua semplice con entrovi una decozione di malva e di semi di lino: più tardi un vescicante ad un braccio. Con questi mezzi, i quali furono esattamente messi in pratica, la signora B. venne nello spazio d'un mese e mezzo liberata dal tumoretto dell'angolo dell' occhio e dalla gastritide lenta.

N.° XV.

Clin. Operat.

Il giorno 28 d'aprile dell'anno 1828 fu ricoverato nella Clinica operativa il nominato Giacomo Trucchi, di Busca, lavorante in seta, dotato di temperamento bilioso e di gracile costituzione, da lunga pezza soggetto a ricorrenti irritazioni epato-cardio-polmonari, per esservi curato da una malattia delle vie l. avente tutti i caratteri del tumore generato dal polipo del sacco l. (§ CLVII). Comprimendo il tumore, le lagrime mischiate con muco purulento riboccavano in parte dai punti l. ed in parte discendevano nel naso. Calmata, col riposo, colla dieta dolcificante e con due applicazioni di sanguisughe ai vasi emorroidali, l'abituale irritazione epato-cardio-polmonare, si spaccò, addì 8 di marzo del detto anno, il tumore, nel quale s'incontrò un piccolo polipo peduncolato ed aderente all'orlo dell'orifizio superiore del canale n. Questo polipo, il quale fu facilmente estirpato colle mollette, era composto di materia albuminosa, concreta, tenace e colorata in rosso. Dopo l'estirpazione si è riempito il sacco con molli filaccica nello scopo d'introdurvi di poi un qualche rimedio cateretico, onde destare un'utile reazione organico-vitale capace di cancellare la preesistente morbosa condizione generatrice di polipose vegetazioni. Se non che l'ammalato, essendo dopo cinque o sei giorni molto alleviato e senza lagrimazione e badando più ad alcuni suoi interessi attualmente premurosi che alla sanità, se ne partì dallo Spedale coll'intenzione di ritornarvi non così tosto avrebbe messo sesto ai suoi affari. Il vero è però ch'egli, passando da faccenda in faccenda, differì di ritornarvi fino al mese d'aprile dell'anno che corre: nel quale tempo lo stato della sua salute era il seguente: febbruzza continua con esacerbazioni vespertine: volto lurido: dege-

nerazione scirrosa delle pareti del sacco l., del canale n. fino nel naso, e di molte ghiandole sottomascellari e giugulari sinistre: respiro affannosissimo con sintomi di grave lesione organica *entropettorale*, credibilmente dipendente dalla degenerazione scirrosa d'alcune ghiandole bronchiali: così grande sconcerto di tutte le funzioni più importanti dell'economia, che si dovette pronosticare per disperata la sua guarigione.

N.° XVI.

Nell'anno 1828, essendo io Settore Anatomico, fu trasportato dal *deposito* dei Pazzarelli al Teatro d'anatomia, un cadavere avente un tumore nell'angolo interno dell'occhio destro, evidentemente formato dal sacco l. disteso. Presami vaghezza di riconoscere la natura di questo tumore, io mi feci a comprimerlo più volte dal davanti all'in dietro senza che l'umore contenutovi discendesse nelle fosse nasali o ribocasse dai punti l.: della qual cosa io mi maravigliava per ciò che, avendo introdotto uno specillo nei punti l., esso scorreva liberamente fino nel sacco. Finalmente, avendo violentemente pigiato e premuto esso tumore, l'umore contenutovi colò lentamente nel naso. Allora, aperto il sacco l., io rinvenni nel luogo dove i condotti l. sboccavano, insieme uniti, nel medesimo, una piccolissima elevatezza, a guisa di capezzolo, alquanto mobile ed umbilicata nel centro, di dove le lagrime colavano. Si capisce facilmente come le lagrime dovessero in questo piccolo capezzolo incontrare un ostacolo al loro regurgito pei condotti l.

N.° XVII.

Prat. partic.

Nei mesi di luglio ed agosto dell'anno 1831, io ebbi a curare insieme col sig. Dott. Sacchetti la sig. C.a S., in età d'anni 56 circa, dotata di temperamento nerveo-sanguigno e di costituzione piuttosto dilicata. Questa signora, la quale ha dalla nascita il germe d'un'ostinatissima affezione erpetica, era già stata, sono ormai vent'anni, affetta da blefaro-dacryocistitide erpetica lenta dal lato sinistro, con ribocco delle lagrime mischiate con muco, però senza dilatazione del sacco l. Curata a quei tempi dal celebre Scarpa, ella risanò dalla blefaro-dacryocistitide, rimanendole però sempre un po' di regurgito di lagrime pure dai punti l.

Da un anno e mezzo poi ella era altresì affetta da blefaro-dacryocistitide erpetica *subacuta* dal lato destro, la quale, scemata ma non vinta col metodo antiflogistico-revulsivo, terminò in blefaro-dacryocistitide lenta con riflusso di lagrime mescolate con muco dai punti l., a cui s'aggiunse nel progresso del tempo la dilatazione del sacco l. Finalmente nel mese di luglio del citato anno si manifestò, in seguito a causa reumatica, una blefaro-dacryocistitide con risipola nella guancia, la quale fu così acuta che, malgrado il più energico metodo antiflogistico-revulsivo, praticato di concerto col prelodato Dottore, non si potè evitare la suppurazione e l'ulcerazione del sacco. Dopo cessato il lavorio purulento e cicatrizzata l'apertura del sacco, scomparve la dilatazione del medesimo; il regurgito dai punti l. fu ridotto a poche gocce di lagrime, ancora pure, e la narice, prima secca, diventò umida. Questo miglioramento continua tuttora, comechè rimangano ancora di presente alcune vestigia di blefaro-dacryocistitide lenta.

N.° XVIII.

Prat. partic.

Il sig. Dottore B., d'anni 55 circa, di temperamento bilioso, piuttosto obeso della persona, molto proclive alle irritazioni epato-cardiache, soffriva da lunghi anni un incomodo stillicidio di lagrime mischiate con muco, dall'occhio destro. Questo stillicidio era accompagnato da leggera gonfiezza del sacco l. e da siccità della narice corrispondente. Essendosi egli esposto nel mese di dicembre dell'anno prossimamente passato a gravi cause reumatiche, l'affezione lenta delle vie l. s'esacerbò tutto a un tratto, e ne risultò una grave dacryocistitide la quale, propagatasi rapidamente alla congiuntiva ed al tessuto celluloso delle palpebre e dell'orbita, fu seguita da una straordinaria gonfiezza dura delle palpebre; da tale intumescenza della congiuntiva che questa oltrepassava lo spesso d'un dito il margine libero delle medesime palpebre; da immobilità assoluta dell'occhio il quale era languente colla pupilla dilatata e così fisso che pareva come incuneato nell'orbita, senza offrire però tracce di flogosi nelle sue parti profonde; in fine da perdita totale della vista in grazia della pressione, sarei per dire, dello strozzamento che derivava all'occhio dalla parte del tessuto celluloso dell'orbita. Il sig. Dottore F. chiamato a soccorso dell'ammalato, lo sottopose molto opportunamente ad un energico metodo antiflogistico negativo e positivo, cui mediante scomparve in otto giorni quasi del tutto la dacryocistitide, ma s'ammansì di poco l'infiammazione della congiuntiva e del tessuto celluloso delle palpebre e dell'orbita. In questo stato di cose avendo io veduto per la prima volta l'ammalato già pressochè libero dalla febbre, consigliai la continuazione della cura antiflogistica, soprattutto le replicate applicazioni di mignatte intorno alla parte affetta: feci la recisione della porzione di

congiuntiva sporgente fra le palpebre, e pronosticai per disperato il ritorno della vista. Di fatto, con quella cura continuata per un mese, le palpebre s'assottigliarono, sgonfiò del tutto il tessuto celluloso dell'orbita, l'occhio acquistò la perduta mobilità, ma non già la facoltà di vedere, e, quello che ragguarda più particolarmente il nostro argomento, cessò quasi affatto lo stillicidio delle lagrime, scomparve la gonfiezza del sacco l. e la corrispondente narice, prima secca, diventò umida. Ebbero molta parte a questo felice successo, di cui gli utili effetti continuano tuttora, l'opera ed i consigli del sig. Reale, esercente la Chirurgia in Stupiniggi.

N.° XIX.

Prat. partic.

Nell'anno 1828 io ebbi a visitare insieme coll'amico Dottore Caccia la signora P., d'Alba, d'anni 40 circa, di temperamento sanguigno e d'ottima costituzione, madre di numerosa e sana prole, la quale fu, senz'alcuna precedente malattia delle vie l., affetta da dacryocistitide acuta primitiva dal lato destro, e ciò in seguito a causa reumatica. Quest'infiammazione, tuttochè non grave, essendo stata da principio negletta per alcuni giorni e poi attaccata con mezzi antiflogistici insufficienti, diede luogo alla suppurazione ed ulcerazione del sacco. Dopo trascorsi trenta giorni dall'apertura del sacco, una persona dell'Arte credette non esservi, fuori dell'operazione della fistola, alcun altro mezzo di guarigione. Della quale cosa l'ammalata non essendo rimasa capace, ricercò il nostro parere. Il suo stato era il seguente: tumore l. rosso, duretto, caldo, grosso quanto una mediocre avellana ed avente nel bel centro una piccola

apertura da cui stillavano lagrime mischiate con muco e pus: palpebre ancora alquanto tumide ma non dolorose: congiuntiva un tal poco irritata, inzuppata e rossa: umidiccia la narice corrispondente. Dallo stillicidio delle lagrime dall'apertura del sacco era cosa facile l'inferire che liberi erano i condotti l. e che l'ostacolo alla discesa delle medesime lagrime nel naso aveva sede nel canale n. L'essere umidiccia la narice provava che questo canale non era totalmente chiuso dall'ostacolo. In fine dalla poca gravità dei sintomi della dacryocistitide e dalla recente origine di questa v'era luogo a presumere che il detto ostacolo risultasse da flogistico inzuppamento del canale n., ancora vincibile senza mezzi cruenti, e non già da pseudo-membrane o da vizj organici non altrimenti superabili che coll'operazione. In conseguenza di queste considerazioni si prescrisse una dieta dolcificante, l'uso di blandi eccoprotici, quello di vapori mollitivi introdotti nel naso più volte il giorno, le poltiglie ammollitive sulla parte affetta, e, ciò non bastando, l'applicazione, anche replicata, delle mignatte nella narice, sul corso della vena angolare, dietro l'angolo della mascella, ecc. Se non che i primi mezzi bastarono, senza le sanguette, per vincere affatto la malattia nello spazio di sedici giorni.

N.° XX.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal sig. Travers
Allievo del 5.° anno
(ora Dottore in Chirurgia).

Il nominato Guglielmo Perino, di Pianezza, d'anni 30, dotato d'un'ottima costituzione, nato da parenti sani e robusti, non mai prima soggetto ad affezioni delle vie l., fu, in seguito a soppressa traspirazione cutanea, assalito da dacryocistitide acuta primitiva, la quale, negletta per lo spazio di due giorni, si è diffusa alla congiuntiva palpebrale ed alla pituitaria, e ne è risultata una dacryocisto-blefaro-rinitide anzi grave che no con febbre gagliarda. In conseguenza di quest'infiammazione il tumore fatto dal sacco passò alla suppurazione e scoppiò spontaneamente con uscita d'una grande quantità di muco e pus, e con sollievo di tutti i sintomi. Tali erano le fasi gia percorse dalla malattia, quando il Perino si recò al venerando Spedale maggiore di S. Gio. Battista addì 2 di luglio dell'anno 1827. Il suo stato era allora il seguente: lieve piressia: la dacryocisto-blefaro-rinitide piuttosto forte: il tumore dell'angolo dell'occhio molto voluminoso con tre aperture fra sè vicinissime, da cui stillava molta materia mucoso-purulenta con poche lagrime: comprimendo il tumore, una gran parte di questa materia discendeva con facilità nelle fosse n., da dove usciva per la narice anteriore: stillicidio delle lagrime per difetto d'assorbimento dalla parte dei punti l. compartecipi della flogosi. Si fece colle forbici la recisione di quel piccolo istmo di pelle sottilissima che separava le tre menzionate aperture, in modo che ne risultò una sola da cui le ma-

terie scaturivano più facilmente. Si consigliò il salasso dal braccio, all'uopo, ripetuto, il riposo in un luogo oscuro, la dieta parca e dolcificante, la bibita quotidiana di decozione di gramigna col nitro, l'applicazione di serviziali semplici ed i cataplasmi ammollitivi sulla parte affetta. Avuto questo parere, l'ammalato volle ritornare nel seno della sua famiglia, dove eseguì le prescrizioni così fedelmente e con tanto vantaggio che dieci giorni dopo, essendosi egli di nuovo da noi recato, nient'altro più gli rimaneva, fuorchè un'escrescenza carnosa nell'angolo interno dell'occhio sulla sede del sacco, ed un po' di stillicidio di lagrime.

In questo stato di cose avendo l'ammalato manifestato il desiderio d'essere ricoverato nello Spedale, egli venne coricato in uno dei letti della Clinica operativa, in cui si trattenne però pochi giorni, nel corso dei quali si consumò la mentovata escrescenza carnosa con due cauterizzazioni fatte col nitrato d'argento, e poi si restituì alla parte la naturale coesione con liquidi astringenti instillati fra le palpebre e con bagnuoli della stessa natura fatti sulla sede del sacco.

N.° XXI.

Prat. partic.

Il nominato A., calzolajo, di Torino, d'anni 28, soggetto da più anni alla fistola l. dal lato destro, si sottopose, per consiglio d'una persona dell'Arte, alla pratica del setone, e ciò nell'anno 1825. Dopo dieci mesi di cura, in cui il setone fu, senza alcun favorevole successo, più volte sospeso e ripreso, s'intumidirono due ghiandole giugulari e diventarono voluminose quanto due uova di gallina. Stando le cose in questi termini, l'ammalato venne da me chiedendo con-

siglio intorno alle cose da farsi nell'attuale suo stato. Riconosciuti in essolui molti fra i caratteri del così detto vizio scrofoloso da cui erano evidentemente dipendenti così la fistola come il morboso stato delle ghiandole giugulari, io lo consigliai a cessare l'uso del setone e a prendere internamente la tintura d'iodio e le acque di S. Genisio. Un mese dopo estratto il setone, l'apertura fistolosa cicatrizzò, succedendone la totale e fin qui permanente guarigione della malattia delle vie l. In quanto alle ghiandole, esse suppurarono, rimasero suppuranti ed aperte un anno e mezzo circa, e quindi guarirono radicalmente. In questo lungo intervallo di tempo l'ammalato continuò in un modo interpolato l'uso dell'iodio e delle acque di S. Genisio insieme con una confacevole dieta. D'allora in poi egli godette sempre ottima salute.

N.° XXII.

Osservazione compilata e scritta dal sig. Lombardi *Allievo del 5.° anno.*

Addì 29 del mese di novembre dell'anno 1826 fu ricoverata nella Clinica operativa Margarita Bollari, torinese, d'anni 32, rivendugliola, donna sana e robusta, benchè da un anno amenorroica, per esservi curata da fistola l. del lato sinistro. La malattia, principiata un anno prima per blefaro-dacryocistitide catarrale lenta, aveva rapidamente percorsi tutti i suoi periodi, sì che, al tempo in cui l'ammalata fu ricoverata nella Clinica, esisteva già da un mese lo stato fistoloso. La cattiva forma del naso, assai depresso nella radice, ne era stata la causa predisponente.

La causa occasionale non si poteva ripetere da alcun'altro fonte fuorchè dalla rattenuta mestruazione. Dall'avere la malattia tratto origine da una lenta blefaro-dacryocistitide catarrale, e soprattutto dalla facilità con cui la *sonda* piena di Laforest penetrava nel canale n., s'inferì che l'ostacolo al corso delle lagrime fosse di natura spugnosa, epperciò nacque la speranza che potesse venire superato senza operazione. Per la qual cosa, previi due salassi revulsivi dai piedi, si fecero a giorni alternativi cinque applicazioni di mignatte, ora nel corso della vena angolare, ora nel naso, ora alla tempia corrispondente alla parte affetta ed ora dietro l'angolo della mascella inferiore a sinistra. Si prescrissero a un tempo una dieta parca ed attenuante, blandi eccoprotici, serviziali ora mollitivi ora purganti, bagnuoli mucilaginosi sulla parte affetta e fomenti vaporosi quotidiani nel naso. Più tardi, essendo la blefaro-dacryocistitide lenta pressochè vinta, si applicò un vescicante al braccio e si fecero bagnuoli astringenti sull'occhio. Con questi mezzi opportunamente avvicendati scomparve in venti giorni la malattia, così che la Bollari, contentissima della ricuperata salute, ritornò in seno della sua famiglia il 21 di dicembre del detto anno. Sapemmo di poi che, dodici giorni dopo ch'ella era uscita dallo Spedale, le comparvero spontaneamente i lunari benefizj. D'allora in poi la malattia non si è mai più riprodotta.

N.° XXIII.

Prat. partic.

Nell'anno 1828 il sig. Guglielminetti, di Moncalvo, allora Allievo di questa scuola ed ora laureato in Chirurgia, mi presentò un suo paesano nominato Giuseppe Casalone, d'anni 14, di gracile costituzione e d'un abito di corpo un

tal poco pendente allo scrofoloso, il quale andava da un anno soggetto a tumore l. dal lato destro, preceduto ed accompagnato da leggera blefaritide catarrale. Siccome concorrevano in questo caso tutti gli indizj d'un ostacolo spugnoso altrove detti (§ CLV), così io giudicai potersi ottenere la guarigione col solo combattere la blefaro-dacryocistitide catarrale e la congiunta condizione scrofolosa, senza ricorrere a mezzi operativi. Io prescrissi in conseguenza frequenti pediluvii tiepidi e replicate applicazioni di mignatte intorno alle vie l.: bagnuoli ammollitivi sulle palpebre, sostituendovi nella notte un cataplasma della stessa natura: l'uso interpolato di purganti salini: più volte il giorno i fomenti vaporosi nella narice del lato affetto: una dieta dolcificante: l'essere riguardosissimo ad evitare le vicissitudini atmosferiche: un setone ad un braccio e l'uso interno della tintura di iodio, dopo che fosse ben ammansita la blefaro-dacryocistitide: per ultimo, questa estinta, il laudano instillato fra le palpebre, la pomata del Janin ed il collirio vitriolico per restituire alla mucosa delle palpebre ed a quella delle vie l. il necessario grado di coesione. Il Casalone avendo a puntino seguito a casa sua il metodo igienico e curativo prescrittogli, risanò perfettamente a capo di tre mesi, come mi assicurò da prima il prelodato sig. Dott. Guglielminetti ed ebbi poi occasione di chiarirmene io stesso otto mesi dopo, in occasione che il Casalone, recatosi in questa Capitale per altro fine, venne a vedermi.

N.° XXIV.

Prat. partic.

Nel mese di marzo dell'anno 1830 venne da me la cameriera della signora Contessa P., giovane figlia, regolarmente mestruata, robusta, piccola e tarchiata della persona, col naso rincagnato ed assai depresso nella radice, chiedendomi consiglio intorno ad una malattia delle vie l. a cui era soggetta da due anni. Questa malattia consisteva in un tumore l. dal lato sinistro, molto voluminoso. Con una forte pressione la materia contenutavi non riboccava dai punti l. ma colava tutta nelle fosse n., avvegnachè lo specillo introdotto nei punti e condotti l. passasse liberamente nel sacco, e lo stillicidio delle lagrime succedesse soltanto quando il sacco era pieno, e cessasse in opposte condizioni. Da ciò io conghietturai che l'impedimento al ribocco delle lagrime dai punti l. dipendesse dalla tumidezza dell'estremità dei condotti l. aperta nel sacco. La malattia era stata la conseguenza d'una rinitide lenta da cui l'ammalata era da più anni travagliata in un modo ricorrente. La viziosa forma del naso doveva pure predisporla alle affezioni tanto delle fosse nasali quanto delle vie l. Sei cateterismi del canale n. per me fatti con una *sonda* piena nello spazio di diciotto giorni, fecero scomparire insieme col tumore l. ogni traccia di alterazione delle vie lagrimali. La malattia non si è fin qui riprodotta, comechè siano già trascorsi due anni dalla conseguita guarigione.

N.° XXV.

Prat. partic.

Il frate A., laico, già tempo applicato all'esercizio della Chirurgia minore nel venerando Spedale maggiore di S. Gio. Battista, in età d'anni 24, dotato di temperamento sanguigno, andò soggetto per lo spazio di dodici mesi, cioè durante i sei ultimi mesi dell'anno 1829 ed i sei primi dell'anno 1830, ad una flogosi emorragica dei bronchi, seguita da febbricella lenta, da cui risanò mercè la dieta lattea ed un fonticolo al braccio sinistro. Nel mese d'aprile dell'anno 1831, avendo egli incautamente soppresso il fonticolo, si manifestò dopo dieci giorni un'infiammazione catarrale lenta della pituitaria la quale, propagatasi alle vie l., vi generò, nello spazio di due mesi, un tumore l. dal lato sinistro con ribocco di lagrime mescolate con muco dai punti l. e con successiva diffusione flogistica alle palpebre. Con un vescicante applicato sulla cicatrice superstite al fonticolo, coi bagnuoli mollitivi sul tumore l. e colla dieta dolcificante, molto s'ammansì la rino-dacryocisto-blefaritide lenta, e scomparve il tumore l., rimanendovi solamente il ribocco di lagrime pure dai punti l. fino al mese di gennajo dell'anno 1832: nel quale tempo, essendo la malattia, a cagione della cooperante azione delle vicissitudini atmosferiche, ritornata al grado di prima, si ebbe ricorso ai medesimi compensi ai quali s'aggiunsero due salassi generali ed alcuni locali. Con questi mezzi si calmò di nuovo la flogosi delle vie l. ma continuò il tumore l. Per la quale cosa riflettendo io che il metodo antiflogistico-revulsivo giovava bensì contro alla flogosi lenta delle vie l., ma era incapace di vincerne il vizio organico, m'appigliai al partito di sturare il canale n. introducendovi dentro una *sonda* solida dalla parte del naso; la qual cosa mi riuscì alquanto

difficile la prima volta, in grazia della durezza e resistenza dell'ostacolo del canale n. Replicato sei volte nello spazio di quindici giorni il cateterismo del canale n., si ottenne la totale scomparsa dell'affezione delle vie l. La guarigione continua tuttora, benchè sia da tre mesi stato soppresso il vescicante del braccio, di cui l'azione durava già da più di sei mesi.

N.° XXVI.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal signor
BAY FRANCESCO
già Allievo della Scuola di Pavia.

La nominata Domenica Besso, d'anni 35, contadina vegeta e robusta, regolarmente mestruata, andò soggetta nell'età d'anni 16 alla fistola l. dal lato destro, la quale era comparsa in seguito ad una rinitide catarrale lenta, ch'ella soffriva da due anni. Il flogistico inzuppamento della pituitaria era stato così grave che, al dire dell'ammalata, sempre difficile e bene spesso impossibile era il passaggio dell'aria per le fosse n. Sottoposta allora alla pratica del setone, ella ne guarì in sei mesi, se non che le rimase e rimane ancora di presente lo stillicidio di alcune poche gocce di lagrime pure. Nel ventesimo anno dell'età sua, continuando sempre la testè detta rinitide catarrale, cominciò pure un lento lavorio flogistico nelle vie l. dal lato sinistro, il quale, negletto nel principio, fece, nello spazio di quindici anni, mano mano passo allo stato fistoloso

pressochè permanente. Finalmente i risalti flogistici essendo divenuti intensi e frequenti, l'ammalata ebbe ricorso a questo Spedale ove fu coricata in un letto della Clinica operativa, addì 25 di marzo dell'anno 1832. Il suo stato era il seguente: tumore l. aperto, piccolo, duro, dolorosetto e rosso in conseguenza d'un recente risalto flogistico non ancora bene terminato: stillicidio di lagrime mescolate con muco e pus dall'apertura fistolosa la quale era unica e situata nel bel centro del tumore: comprimendo questo, le lagrime riboccavano quasi del tutto dai punti l.: grande siccità della narice dal lato affetto: continuazione della rinitide cronica: sane la congiuntiva palpebrale e le ghiandole meibomiane. Calmate nello spazio di sei giorni le superstiti reliquie della dacryocisto-rinitide mercè i vapori mollitivi introdotti nelle narici più volte il giorno, i cataplasmi mollitivi applicati sulla parte malata, il riposo, la dieta attenuante, ecc. il Profess. Riberi fece il cateterismo del canale n. con una piccola *sonda* piena, la qual cosa, essendo l'ostacolo duro e resistente, riuscì alquanto difficile. Replicato, nello spazio di quattordici giorni, cinque altre volte il cateterismo con *sonde* gradatamente maggiori di volume, il tumore l. e l'apertura fistolosa scomparvero, cessò lo stillicidio delle lagrime, umida divenne la narice dal lato affetto, il canale n. rimase così dilatato che facilissimo riusciva poi il cateterismo; in somma sparì ogni traccia della sofferta malattia.

N.° XXVII.

Nel mese di giugno dell'anno 1821 fu praticata dal sig. Dottore G. l'operazione della fistola l. alla nominata Teresa Martina, serva, d'anni 30 circa, dotata d'ottima costitu-

zione e ricoverata nel venerando Spedale maggiore di san Gio. Battista. Spaccato il sacco l., non fu possibile all'Operatore di far passare lo specillo nel naso. Si pensò allora a stabilire col caustico potenziale una via artificiale a traverso dell'osso unguis, e ciò secondo la pratica del Nannoni, modificata dal Volpi. Avvegnachè il caustico potenziale, usato per lo spazio di quindici giorni, non abbia corrisposto alle speranze dell'Operatore, esso fu però utile per ciò che indusse, come nel caso altrove citato (Osserv. XII), il rammollamento e la fusione d'una parte dell'ostacolo del canale n., così che fu di poi cosa facile di fare penetrare nel naso lo specillo, quindi la minugia ed il setone, cui mediante si conseguì la guarigione.

N.º XXVIII.

Prat. partic.

Il M.to Rev.do sig. D. B., d'Alba, d'anni 34 circa, dotato d'ottima costituzione e salute, era da due anni affetto da tumore l. dal lato destro, il quale aveva già più volte minacciato d'aprirsi. Comprimendo il tumore, l'umore contenutovi regurgitava in parte dai punti l. ed in parte discendeva nel naso. Esso era venuto in seguito ad una dacryocistitide primitiva lenta, generata da causa reumatica, e non preceduta da blefaritide, nè da rinitide. Desiderando l'ammalato di rimanerne libero, io lo sottoposi nel mese d'ottobre dell'anno 1829 all'operazione secondo la pratica di Dupuytren. Spaccato il sacco e collocata con facilità la cannula, si coperse la ferita con una listina di taffetà, e si consigliò una dieta tenue, il riposo e bagnuoli saturnini. Trent'ore dopo, l'incisione era cicatrizzata, le lagrime co-

lavano liberamente nel naso ed era scomparsa ogni traccia della sofferta malattia la quale d'allora in poi non si è mai più riprodotta.

N.° XXIX.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal signore PIETRO GASCA *Allievo del 4.° anno* (*ora Dottore in Chirurgia*).

Caterina Lussa, d'anni 21, serva, nubile, bene mestruata, nativa d'Alba ed abitante in Guarene, nata da parenti sani e dotata di forte complessione, fu ricoverata, addì 7 di marzo dell'anno 1828, nella Clinica operativa per esservi curata da un tumore l. dal lato sinistro, comparso un anno prima in seguito a grave blefaro-ottalmitide reumatica la quale, non curata in tempo opportuno, terminò in blefaro-dacryocistitide cronica. Vi avrà credibilmente anche avuto molta parte la cattiva forma del naso il quale era fino dalla nascita molto schiacciato nella sua radice. Quando l'ammalata fu ricoverata nella Clinica, il tumore l. era alquanto infiammato e doloroso, le sue pareti erano però sottili, e colla pressione l'umore lagrimo-mucoso contenutovi usciva in parte dai punti l. ed in parte discendeva nel naso. Coesisteva di più da alcuni giorni un'infiammazione della guaina dei tendini del muscolo peroneo anteriore e dell'estensore comune delle dita del piede sinistro, non che del tessuto celluloso adiacente, la quale dipendeva da accidentale causa reumatica ed era accompagnata da

febbre. Mercè due salassi dal braccio, le bevande antiflogistiche, il riposo, la dieta tenue, un blando eccoprotico e cataplasmi emollienti cessò in sei giorni l'infiammazione della gamba e rimase molto mitigata quella del tumore l. Ciò ottenuto, si praticò addì 13 del mese di marzo l'operazione secondo la pratica di Dupuytren. L'atto operativo riuscì pronto e facile. Occorse quindici ore dopo l'operazione una leggera dacryocisto-blefaritide con un po' di gonfiezza delle palpebre e con febbre, però mite. Queste conseguenze dell'operazione furono vinte in tre giorni con un salasso, colla dieta, col riposo e coi bagnuoli saturnini. Talchè il giorno 17 del detto mese la ferita era cicatrizzata, le lagrime colavano liberamente nel naso, non rimaneva più alcuna traccia della sofferta malattia e l'ammalata fu in grado di rimpatriare.

N.° XXX.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal signore
ALESSANDRO SELLA *Allievo del 5.° anno*
(ora Dottore in Chirurgia).

Lucia Viotta, contadina, d'anni 44, di Pezzina, nata da parenti sani, dotata di temperamento sanguigno, regolarmente mestruata e madre di sana prole, fu accettata nella Clinica operativa addì 6 del mese d'agosto dell'anno 1830, per esservi curata da recente fistola l. dal lato destro, di cui la prima origine doveva attribuirsi, al dire dell'ammalata, ad una risipola da essolei sofferta due anni prima

la quale aveva avuta la sua sede nella regione fronto-palpebro-mascellare. Allorchè ella ebbe ricorso a questo Spedale, era affetta da dacryocisto-blefaritide *subacuta* con leggera intumescenza delle palpebre e col tumore l. duro, alquanto doloroso, rosso ed aperto nel suo bel centro. L'apertura fistolosa era circondata da carni molto rosse ed escrescenti. L'umore lagrimo-mucoso contenuto in esso tumore usciva tutto dai punti l. Calmata in tre giorni la dacryocisto-blefaritide coi cataplasmi emollienti, col riposo e colla dieta, si praticò addì 10 del detto mese l'operazione secondo la pratica di Dupuytren. L'atto operativo fu facilissimo e poco doloroso in grazia della preesistente apertura fistolosa per cui si è introdotto nel naso un piccolo specillo solcato, e colla guida di questo si è potuto dilatare alquanto la medesima apertura e collocare la cannula nel canale n. Dopo l'operazione non vi fu reazione costituzionale e fu mitissima la reazione locale. Talchè, distrutte due giorni dopo col nitrato d'argento le carni escrescenti dell'apertura fistolosa, questa cicatrizzò, seguendone una così pronta guarigione che la Viotta, contentissima della ricuperata salute, fu in grado di uscire dallo Spedale addì 16 del detto mese, cioè sei giorni dopo l'operazione.

N.° XXXI.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal citato sig. Dottore Sella.

Addì 26 del mese di settembre dell'anno 1830 fu ricoverata nella Clinica operativa, la nominata Teresa Cortese, di Druento, contadina, d'anni 30, nubile, regolarmente

mestruata, nata da parenti sani e fornita d'un'ottima costituzione, per esservi curata da tumore l. del lato sinistro, stato generato da una blefaro-ottalmitide reumatica acuta, sofferta due anni prima, la quale, negletta, fece passo alla forma lenta, durò in tale stato due mesi e più, e poi scomparve, lasciando dopo di sè una dacryocistitide lenta, da cui derivò il testè detto tumore. Questo tumore, fornito di pareti sottili, era già stato ai tempi addietro due volte assalito da dacryocistitide acuta secondaria, in seguito alla quale si era aperto e poi chiuso di per sè. Da qualche tempo esso minacciava nuovamente d'aprirsi. Colla pressione l'umore contenutovi non riboccava dai punti l., ma colava tutto nel naso, comechè un piccolo specillo introdotto nei punti l. passasse liberamente nel sacco l. Siccome attualmente l'infiammazione del sacco era piuttosto forte ed accompagnata da sintomi di pletora cerebrale, così vi si andò al riparo con un salasso revulsivo da un piede, colla dieta, col riposo e simili; quindi si fece l'operazione secondo la pratica di Dupuytren addì 8 del mese d'ottobre del detto anno.

L'atto operativo fu facilissimo e poco doloroso. L'incisione, coperta con una listerella di taffetà, cicatrizzò in trent'ore, ed a capo di quattro giorni erano scomparsi tutti i sintomi della sofferta malattia. Essendo la Cortese in procinto di rimpatriare, le sopravvenne, per causa reumatica, una grave infiammazione dei ligamenti del ginocchio sinistro con febbre gagliarda, la quale infiammazione richiese un energico metodo antiflogistico positivo e negativo, e cessò a capo di un mese. Finalmente l'ammalata, libera anche da questa accidentale malattia, uscì dallo Spedale verso la metà del mese di novembre del detto anno.

N.° XXXII.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal signore PIETRO ANFOSSI *Allievo del 5.° anno (ora Dottore in Chirurgia).*

La nominata Maria Raineri, d'anni 40, di Balangero, contadina robustissima, madre di prole sana, bene mestruata, cominciò nell'anno 1826 a provare un incomodo stillicidio di lagrime dal lato sinistro, e ciò in seguito ad una blefaritide reumatica la quale durò lungo tempo. Nell'anno 1830 s'aggiunse allo stillicidio di lagrime il tumore l. Finalmente verso la fine del mese d'aprile dell'anno 1831, essendosi l'ammalata esposta a gravi cause reumatiche, fu assalita da forte dacryocisto-blefaro-ottalmitide con irritazione gastro-enterica, febbre, ecc. Ella chiese allora il soccorso d'una persona dell'Arte che le fece cavare quattro volte sangue dalle braccia. Questo compenso impedì l'ulcerazione del sacco diminuendo l'infiammazione. Tale era lo stato delle cose quando l'ammalata fu ricoverata nel venerando Spedale maggiore di S. Gio. Battista addì 7 del mese di maggio del detto anno. Continuando, però in grado minore, la dacryocisto-blefaro-ottalmitide con irritazione gastro-enterica e febbre, si continuò pure l'incominciato metodo curativo antiflogistico positivo e negativo, generale e locale (quattro salassi, un'applicazione di venti sanguisughe alla regione epigastrica, dieta rigorosa, riposo, cataplasma mollitivo sul ventre e sulle palpebre, frequenti serviziali di decozione di malva con entro amido, bevande gommoso-subacidule, ecc.) fino al giorno 7 di maggio,

in cui affatto vinte erano l'irritazione gastro-enterica e la blefaro-ottalmitide ed era assai mitigata la dacryocistitide. Allora, desiderando l'ammalata di essere liberata per sempre dall'abituale affezione delle vie l. per cui tanto male gliene era incolto, ella venne operata addì 20 di maggio secondo la pratica di Dupuytren. In grazia del metodo antiflogistico praticato prima, l'operazione non fu seguita da reazione costituzionale, nè quasi anche da locale; la ferita cicatrizzò in ventiquattr'ore, e l'ammalata, restituita alla sua pristina sanità, partì dallo Spedale il 27 del detto mese di maggio.

N.° XXXIII.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal sig. ALLARIO
Allievo del 5.° anno
(ora Dottore in Chirurgia).

Giuseppe Antonio Fagnolo, di Montiglio, d'anni 64, di temperamento sanguigno-bilioso, soggetto da lunghi anni a ricorrenti efflorescenze di bolle erpetiche sulla cute, e da un anno ad una grave irritazione nervoso-ipocondriaca, fu affetto nell'anno 1828 da blefaritide impetiginosa ad ambi gli occhi, la quale, negletta, anzi esacerbata da rimedj topici irritanti, generò a destra un'escrescenza carnosa ed a sinistra una dacryocistitide lenta con istillicidio di lagrime mescolate con muco. L'ammalato, dopo di avere, pel corso di due anni circa, inutilmente provato mille rimedj, si recò finalmente al venerando Spedale maggiore di S. Gio.

Battista dove fu coricato in un letto della Clinica operativa addì 3 di giugno dell'anno 1830.

La condizione erpetica avendo principalmente fissata l'attenzione del Curante, si ricorse ai bagni generali tiepidi d'acqua semplice, alle decozioni ed ai sughi così detti *depurativi*, alla dieta dolcificante, e finalmente si applicò un vescicante ad un braccio coll'animo di favorirne un lungo spurgamento. Compita quest'indicazione, si estirpò, il giorno 16 di giugno, l'escrescenza carnosa della palpebra inferiore destra. Quest'operazioncella non fu seguita da alcuna conseguenza di rilievo, e la superstite ferita guarì in otto giorni. Una circostanza però meritevole d'essere notata è che, dopo la chiusura della ferita, l'affezione lenta delle vie l. dal lato sinistro si è immediatamente resa assai acuta con rapida diffusione alle palpebre ed all'occhio, con pronta dilatazione del sacco l., ecc. Raffrenato questo morboso risalto coi mezzi antiflogistici continuati per venti giorni, si credette cosa opportuna di ritornare per altri dieci giorni all'uso di blandi rimedj antierpetici, e soprattutto all'applicazione d'un secondo vescicatorio. Quindi, avendo l'ammalato manifestato ardente desiderio di essere anche liberato da questo male, si fece il 14 del mese di luglio l'operazione secondo la pratica di Dupuytren. La difficoltà che nell'atto operativo si è incontrata a fare discendere la cannula nel canale n., obbligò l'Operatore ad agire con qualche violenza. Ciò non ostante la reazione locale consecutiva all'operazione fu così mite che la ferita si riunì per prima intenzione in ventiquattr'ore, e si ottenne in quattro giorni la perfetta guarigione; di modo che il Fagnolo fu in grado di rimpatriare addì 18 del detto mese di luglio.

N.° XXXIV.

Prat. partic.

Nell'anno 1830 io fui chiamato a visitare insieme col sig. Vercelli, esercente la Chirurgia in questa città capitale, il sig. I., d'anni 60 circa, dotato di buona costituzione, il quale aveva alcuni anni prima sofferto una grave blefaro-ottalmitide ad ambi gli occhi, che, oltre all'avere lasciato dopo di sè una nuvoletta nella cornea sinistra ed un leucoma nella cornea destra, per cui rimase assai affievolito il potere visivo da ambi gli occhi, generò pure una lenta flogosi delle vie l. da ambi i lati. Questa lenta flogosi fu, nel progresso del tempo, seguita da riflusso di lagrime mischiate con muco e poi da tumore l., maggiore nel lato sinistro che nel destro. Nell'inverno del citato anno 1830 ebbe, in seguito a causa reumatica, luogo un grave risalto dell'affezione lenta delle vie l. del lato sinistro, con diffusione alle palpebre ed all'occhio. Questo risalto flogistico non fu calmato che a capo di due mesi per l'opera e pei consigli del prelodato sig. Chirurgo Vercelli. Siccome però, trascorso questo tempo, il tumore l. continuava ancora ad essere duro ed alquanto doloroso, così io fui chiamato a dare il mio parere intorno alle cose da farsi. Avendo io ravvisato che lo stato flogistico, comechè mite, era evidentemente mantenuto dall'ostruzione del canale n. senza alcuna complicazione nella costituzione dell'ammalato, opinai che si ricorresse all'operazione secondo la pratica di Dupuytren, il che fu eseguito nel momento stesso. L'atto operativo fu facile, il benefizio che se ne ricavò grande, e la guarigione rapida; se non che, la cannula essendo, dopo un mese, discesa nel naso, ritornò il ribocco delle lagrime, come si dirà nell'osservazione XXXIX. Gratamente sorpreso l'ammalato della facilità con cui egli ottenne la guarigione

d'un morbo cotanto inveterato ed ostinato, e temendo non fosse col tempo per incogliergliene male dalla stessa affezione del lato destro, non per anco minacciosa, ci pregò dieci giorni dopo di andarvi al riparo col praticare la medesima operazione.

Siccome non vi era alcuna controindicazione, così, conceduti alcuni giorni al risarcimento delle forze dal lungo decubito infiacchite, si è pure eseguita l'operazione dal lato destro con così prospero successo che quattro giorni dopo era cessato ogni incomodo da quel lato. Stabile fu fin qui la guarigione.

N.° XXXV.

Prat. partic.

Nell'anno 1830 fu alle mie cure raccomandato dall'amico Dott. Cigliano il nominato C., contadino, d'anni 45 circa, dotato d'una fortissima complessione, da tre anni affetto da tumore l. consecutivo a blefaro-dacryocistitide lenta, il quale si era già più volte aperto e chiuso di per sè. Attualmente esso era molto voluminoso ed alquanto doloroso, non però a segno da esigere alcuna cura preparativa. Talmentechè io ho subito potuto sottoporlo all'operazione secondo la pratica di Dupuytren. L'atto operativo fu semplice e facile. L'ostacolo aveva sede verso l'orifizio superiore del canale n. Superato questo, io m'accorsi che, in grazia delle grosse forme ossee dell'ammalato, molto largo era il canale n., epperciò v'introdussi una cannula grande. Occorse dopo l'operazione una dacryocistitide *subacuta* con suppurazione del sacco l. ed uscita della materia purulenta dalla ferita la quale non si era riunita per *prima intenzione*. Mercè l'uso delle sostanze mollitive cessò in quindici giorni il flogistico

purulento lavorio del sacco, cessò pure lo stillicidio delle lagrime e si ottenne la guarigione. Se non che così ampia rimase la comunicazione tra le fosse n. ed il sacco, che l'aria, quando è tramandata con qualche forza dai polmoni, penetra facilmente in questo e vi si raccoglie e lo alza in tumore il quale compresso rumoreggia, come rumoreggia una parte enfisematica.

N.º XXXVI.

Prat. partic.

Verso la fine dell'anno prossimamente scorso io ebbi a curare il sig. A., di Scarampo, d'anni 56 circa, in origine robusto e da alcuni anni travagliato da sconcerti di digestione prodotti da lenta irritazione delle vie digerenti, del fegato e dell'apparato venoso addominale. Egli era da cinque anni soggetto allo stillicidio di lagrime dall'occhio sinistro e da due a tumore l. complicato da un tubercolo canceroso dell'ala sinistra del naso. Il detto tumore si era già più volte aperto e chiuso spontaneamente. Malgrado che comprimendolo gli umori contenutivi uscissero in parte dai punti l. ed in parte discendessero nel naso, esso non perdeva però gran chè del suo volume e rimaneva duretto, doloroso e di colore rosso-scuro. Dopo una cura preparativa di dieci giorni, la quale consistè in una dieta dolcificante; nell'applicazione di cataplasmi mollitivi sul ventre, sul tumore l. e sul tubercolo canceroso dell'ala del naso; nell'uso interno di bevande diluenti, dei saponacei, dell'estratto di cicuta; nell'uso di blandi serviziali e simili; e ciò nello scopo di calmare l'abituale orgasmo delle viscere addominali e disinfiammare il più possibile le testè dette *località* del volto; io feci l'estirpazione del tubercolo

canceroso dell'ala del naso. La superstite ferita risanò in diciotto giorni. Frattanto essendo ben mitigato il lavorio flogistico del tumore l., in conseguenza così della cura preparativa come della cura consecutiva a quest'operazioncella, io ho pure eseguito l'operazione del tumore l. secondo la pratica di Dupuytren. Nell'atto operativo non è occorso alcun particolare meritevole d'essere notato, salvochè si offersero spesse e dure le pareti del sacco e la sua superficie interna molliccia, spugnosa e di colore rosso-livido, in somma colle fallaci apparenze di degenerazione fungosa. Ammaestrato io dai favorevoli successi ottenuti in altri simili casi, segnatamente in quelli sopra registrati (Osserv. XII e XIII), colla superficiale medicazione senza riempitura del sacco, m'appigliai al partito di coprire la ferita con una semplice listina di taffetà, come nei casi ordinarii. L'atto operativo e la presenza della cannula destarono una flogosi piuttosto acuta del sacco con suppurazione. Il lavorio flogistico-purulento indusse un così favorevole cangiamento nella condizione organico-vitale della superficie interna del sacco compresa da flogosi cronica con rammollamento, che quindici giorni dopo, senza fare una cura immediata del sacco, le pareti di questo, divenute bel bello sottili, si erano bene adattate all'estremità superiore della cannula ed era scomparso ogni indizio di malattia.

N.° XXXVII.

Clin. Operat.

Osservazione compilata e scritta dal citato sig. Dott. Borriglione.

Il nominato S., d'anni 55, sarto, torinese, dotato di temperamento nervoso e d'abito secco ed erpetico, pallido nel volto e povero di forze, fu, nel quattordicesimo anno di sua vita, affetto da morbi sifilitici locali guariti senza mercurio. Nell'età di 47 anni egli ebbe pure a soffrire una grave risipola nella parte sinistra del volto, la quale, irradiata alle vie l. dello stesso lato, diede luogo ad una non lieve dacryocistitide che terminò nella suppurazione ed ulcerazione del sacco. L'acuto lavoro flogistico - purulento - ulcerativo di questo non curato con mezzi opportuni, trasse dopo di sè una dacryocistitide lenta catarrale con ribocco delle lagrime dai punti l. e leggera tumidezza di esso sacco. Verso la fine dell'anno prossimamente scorso egli fu attaccato dalla scabbia. Finalmente nel mese di gennajo dell'anno corrente egli cominciò a soffrire d'irritazione gastro-enterica caratterizzata da tutti i sintomi proprii di quest'affezione, particolarmente da una sete inestinguibile e da un'inappetenza assoluta assolutissima. Il freddo, la scarsità e la cattiva natura dei cibi e delle bevande, ed i patimenti d'ogni genere vi avevano dato origine. Cooperò poi a renderla ostinata la massima apatia in cui questa persona, ridotta a lottare coll'estrema miseria, era caduta, per cui ella lasciò incurate così la scabbia come l'affezione delle vie digerenti. Queste due affezioni furono ancora raggravate dalla vicendevole irritazione ch'esse si riflettevano in grazia del consenso che vi è tra la cute e la mucosa gastro-enterica. Da qui derivò che la *dermitide* scabbiosa,

fattasi via via maggiore, abbia qua e là generato varii tubercoli furuncolari, dei quali uno, esacerbato dall'incauta applicazione di sostanze irritanti suggerite dall'empirismo, gettò profonde radici nel tessuto celluloso della natica sinistra e diede luogo ad un gravissimo flemmone con febbre gagliarda. Tale era lo stato delle cose quando l'ammalato fu ricoverato nella Clinica operativa addì 6 del mese di febbrajo del corrente anno. Chiara essendo la diagnosi della malattia, si sottopose l'ammalato ad una dieta rigorosissima, all'uso delle bevande diluenti e mucilaginose, e si fomentò la natica affetta con cataplasmi mollificativi. Tre giorni dopo il flemmone fece passo alla suppurazione e fu aperto col taglio. Medicato quindi con sostanze sempre mollificative, esso andò a guarigione nel termine di quindici giorni. L'infiammazione delle vie digerenti all'opposto non solo continuò nel medesimo grado di violenza, ma rieccitò per consenso una grave dacryocistitide acuta, la quale, malgrado i più pronti soccorsi antiflogistici, non eccettuati i salassi generali e locali ripetuti, fece passo alla suppurazione ed ulcerazione del sacco l.; quindi si mitigò per gradi, riducendosi, come prima, alla forma lenta. Finalmente colla perseveranza nel metodo antiflogistico negativo, e nell'uso soprattutto delle bevande fredde e mucilaginose, si venne anche a capo di debellare l'affezione delle vie digerenti. Allora, desiderando l'ammalato di essere liberato dall'inveterato incomodo della lagrimazione e nulla opponendosi a che se ne intraprendesse l'opportuna cura, il Profess. Riberi si appigliò alla pratica della cauterizzazione dell'ostacolo del canale n. dalla parte del naso. Sei cauterizzazioni e sette cateterismi, non mai seguiti da forte reazione locale, cancellarono così prontamente sino all'ultima reliquia del male che, l'ammalato, ricuperata appieno la perduta salute, partì contento e riconoscente dallo Spedale verso il principio del mese di maggio del corrente anno.

N.° XXXVIII.

Il sig. G., Guardia del Corpo di Sua Maestà, d'anni 38, dotato d'ottima costituzione, ebbe nell'anno 1828 a soffrire un'ottalmo-blefaro-dacryocistitide reumatica *subacuta* dal lato sinistro, la quale diede luogo ad una dacryocistitide lenta con principiante dilatazione del sacco e con ribocco di lagrime mischiate con alcuni fiocchetti mucosi. Nell'anno 1831 la flogosi lenta del sacco e del canale nasale si è renduta acutissima diffondendosi nel tempo stesso ai condotti l. In conseguenza di questo risalto flogistico i condotti l. rimasero ristretti, specialmente l'inferiore, e sparì il tumore l., continuando lo stillicidio di lagrime, non più per ribocco dal sacco, ma per la difficile loro circolazione nei condotti l. e fors'anche per la diminuita azione succhiante dei punti l. Questo fatto è un'ulteriore prova delle cose dette nell'annotazione 70. Tale era lo stato delle cose quando il sig. G. ebbe da me ricorso nel mese di marzo dell'anno corrente. Esplorato con una *sonda* soda il canale n. dalla parte del naso, io riconobbi l'esistenza d'un ostacolo *entrolagrimale* piuttosto duro ed avente sede verso l'orifizio superiore del detto canale. Esplorati parimente i condotti l. collo specilletto Anelliano, non mi fu cosa possibile di farlo penetrare, non che nel sacco, sino alla metà dei medesimi condotti. Non per questo era da credersi ch'essi fossero affatto impervii; giacchè l'essere umidiccia la narice dal lato affetto provava che non del tutto impedito era il passaggio delle lagrime per le loro vie naturali. Due indicazioni si offrivano, la prima di distruggere l'ostacolo *entrolagrimale*, e l'altra di dilatare i condotti l. Tre sole cauterizzazioni del canale n., eseguite colla *sonda* vuota dalla parte del naso, bastarono per disturarlo appieno in quindici giorni, sì che facilissimo divenne il cateterismo colla *sonda* piena. Ciò ottenuto, io dilatai bel bello i condotti l. con setole gradatamente maggiori di vo-

lume, di modo che in altri quindici giorni mi venne fatto d'introdurre lo specilletto Anelliano liberamente per ambi i condotti fino nel sacco. Dopo questo successo lo stillicidio fu ridotto alla quinta parte di quello che era prima. Se non che il condotto l. inferiore avendo molta tendenza a restringersi di bel nuovo, uopo è ch'io lo dilati ancora attualmente col farvi scorrere dentro di quando in quando il detto specilletto d'Anel.

N.° XXXIX.

Prat. partic.

Si è altrove detto che l'ammalato il quale è l'oggetto dell'osservazione XXXIV, fu sottoposto all'operazione della fistola dal lato destro e dal sinistro secondo la pratica di Dupuytren, e che pronta e stabile fu la guarigione dal lato destro. Ora soggiungerò che, malgrado la presenza della cannula nel canale n. sinistro per cui libero era il passaggio delle lagrime nel naso, la ferita risultante dall'operazione non cicatrizzò mai, ma continuò a stillare un umore mucoso-purulento-sanguigno il quale s' addensava talvolta al contatto dell'aria, e le faceva, a guisa di turaccio, un temporaneo integumento. Soggiungerò pure che le vie lagrimali continuarono sempre ad essere affette da flogosi lenta. Le cose così essendo, doveva correre spontaneo all'animo il sospetto che alla cannula dovesse attribuirsi il ritardo della guarigione, e ciò tanto più ch'essa era grossetta ed un poco incurvata nella sua estremità nasale; la quale modificazione, proposta onde impedirne la salita verso il sacco, era stata da me provata più dannosa che utile in alcuni casi posteriori a quello di cui qui si ragiona. Per la quale cosa io m'appigliai al partito d'estrar-

nela. Tolta la cannula, l'affezione delle vie l., lungi dallo scemare o cessare, diventò maggiore, il sacco s'allargò di bel nuovo, divenne più copioso lo spurgamento dalla sua soluzione di continuo e tornarono le lagrime a riboccare dai punti l. mischiate con muco e pus. Tutto ciò indicava in un modo evidente che l'ostacolo *entrolagrimale*, schiacciato ma non vinto dalla cannula, si era riprodotto al grado di prima, e che la superficie interna delle vie l. era compresa da degenerazione fungosa e forse ulcerativa, tanto più che il tumore l. si offriva un tal poco elastico.

Essendo dunque patente l'indicazione di correggere lo stato fungoso e forse ulcerativo delle vie l., mi è sembrato che questo scopo si potesse più facilmente e più prontamente conseguire colla cauterizzazione delle dette vie fatta col caustico introdotto dalla parte del naso, che non seguendo la pratica di Scarpa (§ CCLXIII), e ciò tanto più che l'ammalato, per natura assai pusillanime, aveva il massimo ribrezzo a sottoporsi ad una nuova spaccatura del sacco. A questo fine io praticai nel mese di maggio prossimamente scorso cinque cauterizzazioni e sei cateterismi con così grande giovamento che in meno di quindici giorni cicatrizzò di per sè la soluzione di continuo, cessò il ribocco delle lagrime e scomparvero gli altri fenomeni morbosi, rimanendo solamente alquanto rammollata e sugosa la membrana mucosa delle vie l. Alla quale conseguenza dell'antecedente lungo lavoro flogistico si andò al riparo col collirio vitriolico e colla pomata di Janin.

N.° XL.

Prat. partic.

La signora B., di Moncalvo, d'anni 56 circa, assai pingue della persona, avente la radice del naso molto depressa dalla nascita, e soggetta ad un'efflorescenza erpetica sul dorso della mano destra, cominciò, sono ormai cinque anni, a soffrire un po' di stillicidio di lagrime, e ciò in seguito ad una blefaritide impetiginosa leggera ma di lungo corso. Da due anni e mezzo poi vi s'aggiunse il tumore l. per cui ella ebbe da me ricorso nel mese d'agosto dell'anno prossimamente scorso. Il tumore era voluminoso, globoso, del colore della cute e con pareti molli. Mercè d'una forte pressione gli umori contenutivi discendevano tutti lentissimamente nelle fosse n. senza riboccare dai punti l., contuttochè uno specillo in questi introdotto passasse liberamente nel sacco. Lo stillicidio delle lagrime occorreva solamente quando il sacco era pieno, il che indicava essere illesa la facoltà assorbente dei punti l. Da tutte queste circostanze vi era fondamento a inferire che tumida fosse l'estremità dei condotti l. aperta nel sacco. Se non che ebbi poi occasione di osservare nell'atto operativo che l'impedimento al regurgito delle lagrime nei condotti l. era probabilmente in parte anche dovuto alla natura della materia contenuta nel sacco la quale era fioccosa e alquanto grossa. Dopo di avere in alcuni giorni calmato mercè d'un minorativo, delle sostanze mollificative esterne, e d'una buona regola di vivere, pendente all'umettativo ed al rinfrescativo, l'abituale dermitide erpetica ed un tal poco d'orgasmo dei vasi arteriosi destato credibilmente dal viaggio, io m'accinsi all'operazione coll'animo di seguire la pratica di Dupuytren. Se non che, spaccato il sacco, una serie di circostanze impensate, ch'io sto per dire, m'obbligarono di cangiare consiglio e di stabilire una nuova via a traverso del tramezzo lagri-

mo-nasale. Prima di tutto collo specillo io incontrai denudato il periostio di esso tramezzo. Accintomi dopo a far penetrare lo specillo nel canale n., io ne rinvenni il periostio e la membrana mucosa così indurati e le pareti ossee così tumide e fra sè vicine che, oltre al dire, ristretto ne rimaneva il passaggio. Introdotta quindi una *sonda* piena nel naso per imboccare il canale n. nella sua estremità inferiore, questa s'incontrò molto più in dietro del solito, anzi così in dietro che non vi era proporzione tra la curvatura della *sonda* e quella del canale. Per altra parte io non aveva allla mano di quel momento alcun'altra *sonda*, ed, essendo l'atto operativo principiato, era cosa urgente di prendere un partito decisivo che ne assicurasse un esito felice. Aggiungendosi a questi motivi una tal quale velleità che da lungo tempo io nutriva di eseguire la pratica di Wolhouse modificata, io abbracciai il partito di traforare la parete lagrimo-nasale e d'introdurvi dentro una cannula più grossa, meno lunga e molto più curva delle ordinarie. Per fare l'artificiale apertura io mi sono servito d'una tenta solcata acuta in punta che adoperai voltandola fra le dita a guisa di vite. Avendo io agito molto lentamente e senza la menoma violenza, mi riuscì di traforare la detta parete senza nè poco nè punto sminuzzarla. La ferita superstite all'operazione, coperta con una listina di taffetà, rammarginò in ventiquattr'ore; ma poi, insorta una leggera dacryocistitide suppurativa, essa si riaperse di per sè e diede passaggio al pus contenuto nel sacco. Coll'ajuto dei cataplasmi mollitivi applicati per lo spazio di sei giorni, questo lavoro flogistico-purulento cessò, la ferita cicatrizzò e la signora B. rimase appieno e stabilmente guarita.

N.º XLI.

Prat. partic.

Nell'anno 1825 io ho assistito il giovine Dottore B. mentre egli eseguiva l'operazione della fistola l. alla giovane signora D., dilicatissima, soggetta ad affezioni nervose e di piccolissimo cuore. Avendo l'Operatore diretto il bistorino un po' troppo obbliquamente contro al tramezzo lagrimo-nasale, non potè di poi rinvenire il canale n., e talmente s'intrescò che, dopo un tal quale maneggiare di stromenti piuttosto doloroso e protratto senza alcun utile risultamento, io lo pregai volesse permettermi di esplorare a qual punto ne fossero le cose, il che egli fece ben volentieri. Mi fu cosa facile accorgermi che il tramezzo lagrimo-nasale era stato traforato ed alquanto scheggiato. Le cose così essendo, non era da un lato sperabile che, introducendovi una cannula, essa potesse rimanere in sito, mentre dall'altro non si poteva ricorrere al setone a cui la signora ammalata aveva un'invincibile avversione. Per altra parte era cosa urgente di abbracciare un partito decisivo che ci rendesse sicuri d'un esito felice, giacchè, in caso di semi-successo, non sarebbe più stata cosa possibile di rioperare la signora D. nè con questa nè con alcun'altra pratica, tanto era ella di piccolo cuore. In simili frangenti io mi determinai di sminuzzare colla punta bulbosa dello specillo una gran parte del tramezzo lagrimo-nasale, sì che ne risultò un'ampia comunicazione tra il sacco l. e le fosse n. La ferita, medicata secondo il solito, cicatrizzò in ventiquattr'ore. L'infiammazione consecutiva all'operazione fu leggera e scomparve nel breve termine di cinque giorni mercè della dieta parca e dolce, del riposo e delle topiche applicazioni di sostanze mollificative. Continuò per qualche tempo a stillare dalla narice del lato affetto un po' di materia mucoso-purulenta, e quindi ne conseguitò una piena e stabile guarigione.

N.° XLII.

Prat. partic.

Nell'anno 1826 io ho operato della fistola l., secondo la pratica di Dupuytren, la signora A., di Sommariva del Bosco, d'anni 45 circa, ben mestruata e robusta. La cannula saliva con tanta facilità verso il sacco l. che io dovetti nello spazio di venticinque giorni rimetterla più di dieci volte in sito nel canale n. mediante una blanda pressione fatta col dito sulla regione del sacco. Dopo questo tempo io mi determinai d'estrarla, il che mi riuscì facile, e copersi quindi la ferita con un pezzetto di tela spalmato d'un blando unguento. Estratta la cannula, scomparve nel termine d'otto giorni ogni indizio di malattia, se non che la ferita non era ancora del tutto cicatrizzata. Intanto la signora A., contenta dell'attuale suo stato, volle rimpatriare. Io seppi di poi che la ferita si era coperta di carni escrescenti, le quali essendo state distrutte col nitrato d'argento dal sig. Dott. Damilano, ne seguì ben presto una cicatrice di buona natura ed una stabile guarigione.

CORREZIONI

P. XIII. l. 1. *in vece di* Saunders - *legg.* Sauter -- 4. 22. della maggior parte delle articolazioni - di molte articolazioni — 5. 14. vizj scrofolosi, celtici, ec. - vizj scrofoloso, celtico, ecc. — 6. 6. l'ascesso o l'ulcera - l'ulcera — 7. 2. spesso calloso e duro e talvolta coperto - talvolta calloso, duro o coperto — 13. 29. a quelle di cui - a quelle ulcere *sinuose* di cui — 17. 14. ulcere in questione - ulcere di cui si parla — 22. 7. e le ulcere in genere - e i seni e le ulcere in genere — 30. 4. un'essenziale viziatura - un vizio essenziale — ivi, 18. trocisci - trocischi — 31. 15. cavo membranoso o no dell' - cavo dell' — 32. 15. per rapporto della - per rapporto alla — 35. 10. e sostituirlo - e supplirvi — 40. 24. rapporto delle fistole - rapporto alle fistole — 41. 8, 13, 24. veste, vestito, vestita - riveste, rivestito, rivestita — 42. 1. l'umore animale - l'umore escrementizio — 48. 26. anzi scomparve - anzi nel primo scomparve — 52. 30. dai punti l., successiva - dai punti l. e successiva — 53. 28. ora colla chiusura - colla chiusura ora — 54. 15. o delle pareti membranose coprenti internamente i condotti - o della parete interna dei condotti — 56. 5. sono compresi tanto i punti o condotti l., quanto le parti circondanti - sono d'ordinario comprese le pareti dei punti o condotti l. in tutta la loro spessezza — 61. 20. surrogando - succedendo — 69. 11. nel naso - nel sacco — 75. 27. ossa (36) - ossa (34) — 79. 10. sarebbe ugualmente falso quanto il dire - sarebbe lo stesso quanto dire — 81. 28. se a quest'epoca - se a questo grado — 115. 27. l'impedito sgorgo - l'essere impedito lo sgorgo — 140. 31. alcune d'esse sono inutili, ecc. - taluna d'esse è inutile, ecc. — 143. 25. sostituite - supplite — 169. 23. dovechè la - dovechè d'ordinario la — 170. 18. ed è per lo più - e per lo più — 187. 27. è impossibile - ne è imimpossibile — 188. 9. riesce - riesca — 190. 20. medicata con un cataplasma mollitivo tiepido - mitigata con cataplasmi mollitivi, ecc. — 191. 25. (§ CCXX e l'annotaz.) - (§ CCXLIX e l'annotaz. 109) — 205. 32. e quindi lavandolo - lavandolo quindi — 228. 22. sgocciolarono - gemettero — 233. 28. viziose - viziate.

V. Sciolla Rev. Arciv.

V. Ferrando P. e R.

V. Si stampi:
Provana di Collegno.